UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

TEMA:

Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral en un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático: análisis retrospectivo de un caso clínico

AUTORA:

Cabadiana Cevallos Mercedes Annabelle

Previo a la obtención del grado Académico de:
MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

TUTOR:
Ing. Carlos Luis Poveda Loor, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Licenciada Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos,** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Nutrición Clínica y Dietética con mención en Nutrición Clínica.**

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

_____

Ing. Carlos Luis Poveda Loor, Mgs.

REVISORA

_____

Dra. Alexandra Josefina Bajaña Guerra, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

_____

Dra. Alexandra Josefina Bajaña Guerra, Mgs.

Guayaquil, a los 23 días del mes de octubre del año 2026.

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos**

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral en un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático: análisis retrospectivo de un caso clínico,** previa a la obtención del **Grado Académico de Magister en Nutrición Clínica y Dietética con mención en Nutrición Clínica** ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del caso clínico del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 23 días del mes de octubre del año 2026.

LA AUTORA

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ANNABELLE CABADIANA CEVALLOS

Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Examen Complexivo Maestría en Nutrición Clínica** titulada: **Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral en un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático: análisis retrospectivo de un caso clínico,** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de octubre del año 2026.

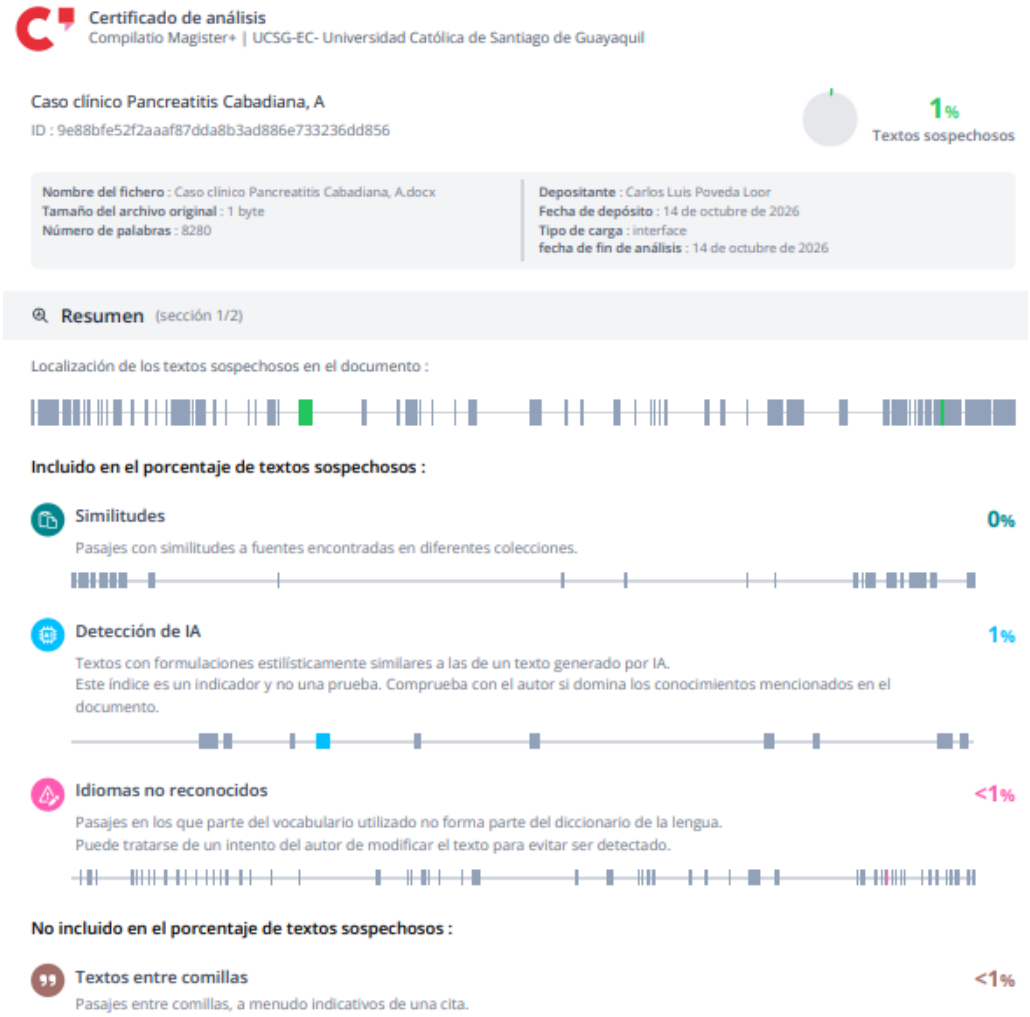
LA AUTORA

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ANNABELLE CABADIANA CEVALLOS

Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA

INFORME DE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Caso clínico Pancreatitis Cabadiana, A
ID : 9e88bfe52f2aaaf87dda8b3ad886e733236dd856

1%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : Caso clínico Pancreatitis Cabadiana, A.docx
Tamaño del archivo original : 1 byte
Número de palabras : 8280

Depositante : Carlos Luis Poveda Loor
Fecha de depósito : 14 de octubre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 14 de octubre de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :

Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes 0%
Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.

Detección de IA 1%
Textos con formulaciones estilísticamente similares a las de un texto generado por IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.

Idiomas no reconocidos <1%
Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.

No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Textos entre comillas <1%
Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.

Agradecimiento

Deseo expresar mi primer y más sincero agradecimiento a Dios, por brindarme la guía y fortaleza necesarias a lo largo de este proceso. De igual manera, extiendo mi gratitud a la Directora, a mi tutor y al cuerpo docente de la UCSG, cuyo apoyo fue fundamental para culminar con éxito esta Maestría. Finalmente, agradezco desde el corazón a mi madre Mercedes, a mi esposo Jonathan y a mis niños, por su apoyo incondicional, su valiosa comprensión frente a las horas de ausencia que exigió este estudio y por ser el motor diario para alcanzar esta meta.

Mercedes Cabadiana Cevallos

Dedicatoria

Dedico este trabajo desde el corazón a mi familia, mi punto de partida y de llegada:

A mi papi Segundo, que desde el cielo me acompaña y bendice en cada logro; a mi mami Mercedes, por su amor incondicional, sus oraciones y su apoyo permanente.

A mi esposo Jonathan, por ser mi compañero de vida, mi respaldo y mi lugar seguro.

A mis hijos Stephy, Sebastián y Martina, y a mis nietos Giuly y Benjamín, por ser mi inspiración y el legado más hermoso de mi vida. Todo mi esfuerzo es por y para ustedes.

Mercedes Cabadiana Cevallos

Índice General

Introducción 1

Problemática 3

Objetivos 5

Objetivo general 5

Objetivos específicos 5

Contexto del caso clínico 6

Información del paciente 6

Proceso de Atención Nutricional 7

Valoración nutricional 7

Diagnóstico Nutricional 16

Diagnóstico nutricional prioritario 16

Diagnóstico nutricional complementario 16

Metodología 17

Búsqueda y selección de la evidencia científica 18

Guías de práctica clínica consultadas 19

Análisis y propuesta dietoterapéutica 20

Propuesta de intervención nutricional 21

Objetivo de la intervención 21

Vía oral y características de la dieta 22

Suplementación oral 22

Energía y proteína 23

Progresión del soporte nutricional 26

Monitoreo y reevaluación nutricional 26

Conclusión 28

Recomendaciones.....30

Bibliografía 31

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos generales del paciente.....6

Tabla 2. Cronología clínica y antecedentes quirúrgicos del paciente en estudio.....8

Tabla 3. Valoración antropométrica 9

Tabla 4. Valoración bioquímica.....12

Tabla 5. Evolución de la ingesta.....14

Tabla 6. Molécula calórica.....24

Tabla 7. Fraccionamiento de la dieta.....24

Resumen

La pancreatitis aguda puede desencadenar una respuesta inflamatoria intensa y un estado hipercatabólico, con aumento del riesgo de pérdida de masa muscular y deterioro nutricional. Esta situación puede agravarse en pacientes críticos con trauma abdominal y procedimientos quirúrgicos recientes. **Objetivo:** Diseñar una intervención nutricional integral e individualizada que permitiera mejorar la cobertura de los requerimientos energéticos y proteicos, preservar la masa muscular y prevenir complicaciones durante la hospitalización. **Metodología:** Se realizó un análisis retrospectivo de un caso clínico correspondiente a un hombre de 53 años con pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático, trauma abdominal, laparotomía exploratoria y osteosíntesis del radio derecho, con obesidad al inicio del ingreso. La valoración se llevó a cabo mediante el Proceso de Atención Nutricional, integrando información clínica, antropométrica, bioquímica, dietética y funcional. El diagnóstico nutricional se formuló según el modelo Problema, Etiología y Signos/Síntomas. Durante la valoración se identificó ingesta insuficiente, vómito, distensión abdominal, saciedad precoz, una pérdida ponderal de 8 kg en aproximadamente cinco semanas, disminución de la circunferencia de la pantorrilla e hipoalbuminemia. **Plan nutricional:** Se planteó mantener la alimentación por vía oral siempre que existieran estabilidad hemodinámica, capacidad de deglución y tolerancia gastrointestinal. Para ello, se propuso continuar con la vía oral, con dieta blanda o semisólida, hipograsa y distribuida en cinco o seis tomas, complementada con un suplemento hiperproteico. El aporte inicial se estimó en 1.500 kcal/día y aproximadamente 1,3 g de proteína/kg/día. En caso de persistir una ingesta insuficiente, se consideraría iniciar nutrición enteral de forma progresiva, preferentemente mediante una sonda nasogástrica, recurriendo a la vía nasoyeyunal si apareciera intolerancia gástrica. **Monitoreo:** Se planificó el control diario de la ingesta, se debe observar la tolerancia gastrointestinal, la glucemia, controlar los electrolitos, la función renal, la diuresis y el balance hídrico. También se realizaría un seguimiento del peso, la circunferencia de la pantorrilla y la fuerza prensil. **Conclusiones:** La intervención nutricional propuesta tiene como base un abordaje temprano, progresivo y siempre monitorizado, dando prioridad para la vía oral cuando fuera tolerada y considerando la nutrición enteral si no se alcanzaran los requerimientos esperados. Esta estrategia pretende evitar ayunos prolongados y limitar la pérdida de masa muscular durante la hospitalización.

Palabras clave: pancreatitis aguda; pseudoquiste pancreático; terapia nutricional; nutrición enteral; desnutrición hospitalaria.

Abstract

Acute pancreatitis may induce a pronounced inflammatory response and hypercatabolic state, increasing the risk of muscle wasting and nutritional deterioration. This risk may be particularly relevant in critically ill patients with abdominal trauma and recent surgery. **Objective:** To develop a comprehensive, individualized nutritional intervention aimed at improving energy and protein provision, preserving muscle mass, and reducing nutrition-related complications during hospitalization. **Methods:** A retrospective analysis was conducted of the clinical case of a 53-year-old man with acute pancreatitis, pancreatic pseudocyst, abdominal trauma, exploratory laparotomy, osteosynthesis of the right radius, and obesity at baseline. Nutritional assessment was performed according to the Nutrition Care Process and incorporated clinical, anthropometric, biochemical, dietary, and functional data. The nutritional diagnosis was structured using the Problem, Etiology, and Signs/Symptoms framework. **Nutritional intervention:** The assessment identified inadequate oral intake, vomiting, abdominal distension, early satiety, an 8-kg weight loss over approximately five weeks, reduced calf circumference, and hypoalbuminemia. Oral nutrition was maintained provided that the patient remained hemodynamically stable, could swallow safely, and demonstrated adequate gastrointestinal tolerance. A complete, low-fat, soft or semi-solid diet was prescribed in five or six small meals, together with a high-protein oral nutritional supplement. The initial nutritional target was approximately 1,500 kcal/day and 1.3 g of protein/kg/day. If oral intake remained insufficient, progressive enteral nutrition was to be initiated, preferably through a nasogastric tube; a nasojejunal route would be considered in the presence of gastric intolerance. **Monitoring:** Daily follow-up included assessment of dietary intake, gastrointestinal tolerance, blood glucose, serum electrolytes, renal function, urine output, and fluid balance. Body weight, calf circumference, and handgrip strength were also monitored periodically. **Conclusions:** An early, progressive, and closely monitored nutritional strategy, prioritizing tolerated oral intake and avoiding prolonged fasting, was considered appropriate for supporting recovery and limiting further muscle loss during hospitalization.

Keywords: Acute pancreatitis; pancreatic pseudocyst; nutritional therapy; enteral nutrition; hospital malnutrition.

Introducción

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria de importancia clínica, cuya evolución puede variar considerablemente: en algunos casos se resuelve de forma espontánea, mientras que en otros progresa hacia complicaciones locales, insuficiencia orgánica y alteraciones metabólicas graves. Su incidencia mundial se estima en aproximadamente 34 casos por cada 100.000 habitantes, y la obesidad se ha relacionado con mayor riesgo de pancreatitis grave, complicaciones locales y alteraciones sistémicas. [1,2]

En el paciente crítico, la respuesta inflamatoria, el hipercatabolismo, la inmovilización y los procedimientos quirúrgicos favorecen la pérdida de masa muscular y el deterioro del estado nutricional. [1] Por esta razón, la intervención nutricional debe considerarse parte fundamental del tratamiento y no únicamente una medida de soporte. [1,3,4] En este caso, la principal preocupación desde el punto de vista nutricional es la posibilidad de que el paciente desarrolle un deterioro progresivo de su estado nutricional. Este riesgo se relaciona con la pancreatitis aguda, la presencia de un pseudoquiste pancreático, el trauma abdominal reciente y la cirugía, y se ve agravado por los vómitos, la distensión abdominal, la saciedad precoz, la disminución del apetito y una ingesta que apenas alcanza aproximadamente la mitad de la dieta hospitalaria.

Durante años se mantuvo a los pacientes con pancreatitis en ayuno prolongado bajo la premisa de favorecer el denominado “reposo pancreático”. Actualmente, este abordaje ha sido reconsiderado y se recomienda iniciar la alimentación oral o la nutrición enteral de forma temprana, siempre que la respuesta del paciente en la parte clínica y

gastrointestinal lo permitan. En situaciones de pancreatitis moderada o grave que no se logren cubrir los requerimientos por vía oral, se recomienda priorizar la nutrición enteral sobre la nutrición parenteral, al proteger la barrera intestinal, esta intervención ayuda a reducir significativamente la aparición de infecciones secundarias y el riesgo de fallo multiorgánico. [3,4]

Se presenta el caso de un hombre de 53 años, ingresado en la unidad de cuidados intensivos después de un accidente de tránsito ocurrido aproximadamente 20 días antes. Fue sometido a laparotomía exploratoria con drenaje de hematoma hepático y posteriormente a osteosíntesis de radio derecho. Presenta pancreatitis aguda y pseudoquiste pancreático. Registra 85 kg de peso, 1,65 m de talla e índice de masa corporal de 31,22 kg/m², además de albúmina de 2,8 g/dL y disminución aguda de la ingesta. Estos hallazgos justifican una valoración nutricional prioritaria y un abordaje interdisciplinario.

El objetivo de esta presentación es realizar una valoración nutricional integral y establecer una propuesta dietoterapéutica individualizada, basada en las recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) y de la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN). La estrategia nutricional deberá adaptarse a la estabilidad hemodinámica del paciente, su tolerancia gastrointestinal, el riesgo de síndrome de realimentación y la evolución de la pancreatitis. Si aparecieran vómitos persistentes o intolerancia digestiva, podría considerarse la administración de nutrición enteral por vía nasoyeyunal. La nutrición parenteral se reservaría para aquellos casos en los que la nutrición enteral estuviera contraindicada o no permitiera cubrir los requerimientos nutricionales. [4]

Problemática

La importancia epidemiológica de la pancreatitis aguda no depende únicamente de su frecuencia, sino también de la amplia variabilidad de su evolución clínica. Si bien la enfermedad suele manifestarse de manera espontánea, otros pacientes desarrollan complicaciones graves como necrosis tisular, fallas sistémicas y desajustes metabólicas de impacto. Se estima que entre el 5% y el 10% de los casos progresa específicamente a pancreatitis necrotizante, un panorama difícil que aumenta la susceptibilidad a procesos infecciosos y acelera la desnutrición clínica. [1] En pacientes con obesidad, el riesgo de pancreatitis grave y de complicaciones locales y sistémicas puede ser mayor que en pacientes sin obesidad. [2]

Por esta razón, el caso presentado adquiere relevancia clínica, ya que combina varios factores de riesgo: obesidad, trauma abdominal, cirugía reciente, pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático e ingesta insuficiente.

Tenemos el cuadro de un hombre de 53 años ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tras sufrir un accidente de tránsito aproximadamente 20 días antes. Durante su evolución requirió una laparotomía exploratoria con drenaje de un hematoma hepático y una osteosíntesis del radio derecho. Además, presenta pancreatitis aguda y un pseudoquiste pancreático. En la primera valoración se registró un índice de masa corporal (IMC) de 31,22 kg/m², junto con vómitos, distensión abdominal, saciedad precoz, hiporexia y el consumo se estimó en torno al 50% de la dieta hospitalaria. El caso se sitúa en un entorno clínico crítico; las fuentes de información omiten procedencia específica del paciente, solo refiere ser de la provincia de Manabí.

El impacto nutricional de la pancreatitis aguda se caracteriza por inducir un alto estrés inflamatorio e hipercatabolismo, esto ocasiona el disparo de las demandas energéticas, el catabolismo proteico y la inestabilidad de los electrolitos. Si se mantiene una baja ingesta de nutrientes en el tiempo, se agudiza el riesgo de desnutrición clínica y depleción muscular. El desarrollo de estas alteraciones condiciona negativamente la evolución del paciente, limitando su respuesta a las intervenciones terapéuticas y acortando su capacidad de recuperación. Asimismo, el diagnóstico debe considerar que un estado de obesidad puede enmascarar cuadros de desnutrición y sarcopenia, restando validez al peso corporal y al IMC como herramientas aisladas de tamizaje.

Clínicamente, esto obliga a implementar de forma inmediata el soporte nutricional individualizado. El consenso científico actual respalda el inicio de la alimentación oral según tolerancia. Frente a deficientes consumos calóricos, la vía enteral se consolida como la primera alternativa de apoyo, mientras que el uso de nutrición parenteral queda estrictamente limitado a casos de intolerancia manifiesta o contraindicación de la vía enteral. [3,4] En el paciente crítico, la nutrición enteral temprana también se recomienda después de trauma abdominal y en pancreatitis grave, siempre que se haya confirmado la continuidad gastrointestinal y exista estabilidad hemodinámica. [5]

Por tanto, el problema se delimita a diseñar y sistematizar una intervención nutricional segura, progresiva y monitorizada para este paciente durante su estancia en UCI, justificando su importancia mediante el proceso de atención nutricional y las recomendaciones de las guías ESPEN/ASPEN.

En Ecuador, la información oficial para caracterizar la carga hospitalaria de pancreatitis aguda puede obtenerse de los registros de camas y egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), mediante la clasificación diagnóstica CIE-10 K85. [6] Sin embargo, no se identificaron datos públicos específicos para Guayaquil desagregados simultáneamente por sexo, etiología y gravedad clínica; esta ausencia constituye una brecha de información territorial.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar y fundamentar una propuesta de abordaje nutricional integral, fundamentada en la evidencia científica para un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático, mediante el proceso de atención nutricional y las recomendaciones ESPEN/ASPEN, con el propósito de mejorar la adecuación energético-proteica, favorecer la tolerancia gastrointestinal y prevenir el deterioro nutricional durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos.

Objetivos específicos

1. Realizar una valoración nutricional integral del paciente mediante la integración de indicadores antropométricos, clínicos, bioquímicos, dietéticos y funcionales.
2. Establecer el diagnóstico nutricional y diseñar una propuesta dietoterapéutica individualizada, que incluya la estimación de los requerimientos energético-proteicos, la selección de la vía y de la fórmula nutricional, la progresión de la alimentación y los criterios para evaluar su tolerancia, conforme a las recomendaciones de la ESPEN y ASPEN.

3. Definir un plan de monitoreo y evaluación por un equipo multidisciplinario, utilizando indicadores de adecuación nutricional, tolerancia gastrointestinal, evolución bioquímica, función renal, balance hídrico y respuesta clínica.

Contexto del caso clínico

En esta sección se describe la situación clínica, nutricional y metabólica del paciente. Los diagnósticos nutricionales se formularon mediante la terminología estandarizada de la Academy of Nutrition and Dietetics y el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES), de acuerdo con los estándares de práctica para la atención y el soporte nutricionales. [7] El análisis se estructura mediante el Proceso de Atención Nutricional (PAN), con el propósito de fundamentar la estrategia de intervención dietoterapéutica propuesta.

Información del paciente

Se trata de un paciente masculino de 53 años, ingresado a la unidad de cuidados intensivos el 5 de junio de 2026.

Tabla 1. Datos generales del paciente

Variable	Información
Nombre	Jacinto Antonio Loor Sabando
Edad	53 años
Sexo	Masculino
Fecha de nacimiento	1-06-1973

Raza	Mestizo
Nivel de escolaridad	Superior incompleto
Residencia	Manabí
Ocupación	Chofer de camión
Convivencia	Esposa y 2 hijos

Fuente: Elaboración propia.

Proceso de Atención Nutricional

Valoración nutricional

- **Valoración clínica**

Para contextualizar la valoración nutricional, se reconstruyó la evolución clínica del paciente en orden cronológico, considerando el trauma inicial, los procedimientos quirúrgicos, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos y la aparición de los síntomas gastrointestinales.

El paciente sufrió un trauma abdominal aproximadamente 20 días antes del ingreso, posterior a un accidente de tránsito. Como consecuencia del abdomen agudo, fue sometido a laparotomía exploratoria con drenaje de hematoma hepático el 20 de mayo de 2026. Posteriormente, el 1 de junio de 2026, se realizó una osteosíntesis de radio derecho. El 5 de junio de 2026, ingresó a la unidad de cuidados intensivos.

Previo a su ingreso, presentó un cuadro de aproximadamente 12 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad, irradiado hacia la región dorsal, acompañado de náuseas y vómitos abundantes, inicialmente de

contenido alimentario y posteriormente bilioso. Al ingreso se observaron mucosas orales secas y abdomen distendido y doloroso a la palpación. El diagnóstico médico registrado fue abdomen agudo, pancreatitis aguda y pseudoquiste pancreático.

Tabla 2. Cronología clínica y antecedentes quirúrgicos del paciente en estudio.

Fecha	**Días transcurridos**	**Evento Clínico / Quirúrgico**	**Descripción y Hallazgos**
13/05/2026	Día 0 *(Aprox.)*	Traumatismo Inicial	Accidente de tránsito que genera trauma cerrado de abdomen.
20/05/2026	Día 7	Primera Cirugía (Abdominal)	Laparotomía exploratoria por abdomen agudo. Se realiza drenaje de hematoma hepático.
01/06/2026	Día 19	Segunda Cirugía (Traumatológica)	Osteosíntesis de radio derecho debido a fractura sufrida en el mismo accidente.
04/06/2026	Día 22 *(Noche)*	Inicio de Cuadro Agudo	Inicio de dolor en hemicinturón (12h de evolución), náuseas y vómitos biliosos incontables.

05/06/2026	Día 23	Ingreso a UCI (Cama PB C)	Diagnóstico: Pancreatitis aguda y pseudoquiste pancreático. Inicio de soporte biológico y NPT a 55 ml/h.

Fuente: Elaboración propia.

En el momento de la valoración nutricional, el paciente se encontraba despierto y colaborador, con mucosa oral semihúmeda, abdomen levemente distendido y dolor leve a la palpación. Además, refería disminución aguda de la ingesta, plenitud precoz, hiporexia y distensión abdominal. No refiere antecedentes patológicos personales ni familiares. Debido a su condición clínica, permanecía encamado y consumía aproximadamente el 50% de la dieta hospitalaria, situación que evidencia una ingesta oral insuficiente y justifica la continuidad del Proceso de Atención Nutricional.

- **Valoración antropométrica**

En la valoración antropométrica inicial el paciente presentó los siguientes datos:

Tabla 3. Valoración antropométrica

Indicador	**Resultado 9 de junio**	**Resultado 17 de julio**	**Interpretación**
Peso	85 kg	77 kg	Pérdida de 8 kg
Talla	1,65 m		Al ingreso

IMC	31,22 kg/m² Dx: Ob G1	28,3 kg/m² Dx: SP	Reducción 3 puntos del IMC
%PP		9,41%	Pérdida grave en 5 semanas
P. Pantorrilla	38 cm	34 cm	Al ingreso
P. Braquial	33 cm		Al ingreso
Fuerza prensil/Dinam.		29 kg-fuerza	Actual

Fuente: Elaboración propia.

Entre el 9 de junio y el 17 de julio de 2026, el paciente presentó una reducción de peso de 85 a 77 kg, equivalente a una pérdida de 8 kg y 9,41% del peso inicial en aproximadamente cinco semanas. Esta reducción ponderal cobra gran relevancia clínica al presentarse de forma abrupta y bajo un escenario sumamente adverso: un cuadro de pancreatitis aguda con trauma abdominal, procedimientos quirúrgicos recientes, reposo prolongado y una ingesta que apenas cubría la mitad de la oferta dietética del hospital. Al contrastar este panorama con el consenso de la *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM), una pérdida involuntaria de peso situada entre el 5% y el 10% en el último semestre clasifica como malnutrición moderada. Esto se confirma debido a la coexistencia de un factor etiológico determinante, representado aquí por el estrés inflamatorio agudo y el marcado déficit en el consumo de alimentos. [1]

Durante la evolución, el IMC experimentó una caída (de 31.22 a 28.30 kg/m²), reclasificando clínicamente al paciente desde un estado de obesidad grado I hacia el sobrepeso. Este cambio antropométrico no debe confundirse con un beneficio metabólico, puesto que en pacientes críticos suele estar acoplado a la pérdida neta de masa corporal inducida por el hipercatabolismo. Monitorear únicamente el IMC en individuos con obesidad es una limitante metodológica severa que oculta el desarrollo de sarcopenia.

Esta sospecha de desgaste proteico se refuerza al observar la circunferencia de pantorrilla, la cual pasó de 38 a 34 cm, sugiriendo una reducción de la masa muscular en extremidades inferiores. Pese a la utilidad de este indicador, su interpretación requiere un análisis cuidadoso que descarte el impacto de edemas, desequilibrios en la hidratación, variaciones en la técnica de medición o la interferencia del panículo adiposo en pacientes con obesidad. Respecto a la circunferencia braquial de 33 cm, esta funcionó exclusivamente como parámetro inicial, quedando invalidada para el análisis evolutivo debido a la ausencia de mediciones secuenciales.

Para finalizar, la dinamometría manual reportó 29 kg-fuerza, aportando un indicador indirecto de la funcionalidad muscular en el momento del corte. Su validez diagnóstica no es absoluta, ya que se ve influenciada por la dominancia de la mano, la calibración del equipo, la ergonomía de la prueba y los puntos de corte poblacionales. De ahí que la fuerza de agarre no deba usarse de manera exclusiva para etiquetar un cuadro de sarcopenia; requiere integrarse en un modelo que evalúe simultáneamente la masa magra, la tolerancia a la dieta y los cambios del peso corporal. [2,3]

En conjunto, los hallazgos evidencian deterioro antropométrico y funcional progresivo, compatible con alto riesgo de malnutrición relacionada con la enfermedad y necesidad de intervención nutricional prioritaria.

- **Valoración bioquímica**

Tabla 4. Valoración bioquímica

Parámetro	Resultado	Interpretación
Sodio	134,6	Disminución leve
Potasio	4,8	Normal
Glóbulos blancos	11,86	Disminución leve
Hemoglobina	11,5	Disminución leve
Hematocrito	35,0	Disminución leve
Plaquetas	368	Recuento conservado
Urea	40,60	Elevada
Creatinina	0,92	Normal
Amilasa	286 (441)	Disminución respecto al resultado previo
Lipasa	173 (265)	Disminución respecto al resultado previo
Proteínas totales	5,8	Disminuidas
Albúmina sérica	2,8	Hipoalbuminemia

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados evidencian riesgo de deterioro nutricional debido a la pancreatitis aguda, el trauma abdominal, las cirugías recientes, la inmovilización y el consumo aproximado del 50% de la dieta hospitalaria. La hiponatremia leve y la elevación de la urea pueden relacionarse con vómitos, ingesta insuficiente y alteraciones del balance hídrico, por lo que se requiere controlar la hidratación, la diuresis y el balance de líquidos.

El comportamiento a la baja de las proteínas totales y de la albúmina sugiere un deterioro en el balance proteico, aunque cabe enfatizar que su concentración plasmática responde de forma directa a la fase aguda de la inflamación y a la redistribución del espacio extracelular. Por ende, descartar o confirmar una desnutrición basándose únicamente en estos perfiles bioquímicos es un error metodológico; se requiere una lectura holística que integre la evolución dietética, los cambios ponderales, el estado de la masa magra, la dinamometría y el comportamiento gastrointestinal.

Respecto al perfil hematológico, los rangos disminuidos de hemoglobina y hematocrito son una consecuencia esperable del traumatismo y los procedimientos quirúrgicos que indujeron pérdida de sangre. Simultáneamente, el hallazgo de leucocitosis encaja de forma lógica con el proceso inflamatorio activo que cursa el paciente.[3] Finalmente, aunque la normalización o caída de la amilasa y la lipasa séricas refleja una evolución favorable del tejido pancreático, estos niveles enzimáticos no constituyen un criterio absoluto ni aislado para pautar el inicio, avance o suspensión del soporte nutricional.

- **Evaluación dietética**

La valoración dietética se realizó mediante la revisión cronológica de las indicaciones alimentarias registradas en la historia clínica, considerando la vía de

alimentación, los periodos de ayuno, la progresión dietética, la suplementación y el porcentaje aproximado de consumo.

Tabla 5. Evolución de la ingesta

Fecha o periodo	**Indicación dietética**	**Interpretación nutricional**
Ingreso a UCI 5/06/2026	Nada por vía oral (NPO) para la realización de exámenes	Restricción temporal relacionada con el proceso diagnóstico.
Día posterior al ingreso	Tolerancia oral con dieta semisólida durante cuatro días	Inicio de realimentación oral progresiva.
10/06/2026	NPO por procedimiento de drenaje	Interrupción temporal de la alimentación por procedimiento invasivo.
11/06/2026	Reinicio de tolerancia oral con progresión dietética	Reanudación de la alimentación posterior al procedimiento.
	Consumo aproximado del 50% de la dieta hospitalaria	Cobertura insuficiente de energía y proteínas.
15/06/2026	Dieta hipograsa y suplementación nutricional	La ingesta alcanzaba aproximadamente el 70% de la dieta hospitalaria ofrecida.

Fuente: Elaboración propia.

Al ingreso, el paciente permaneció en ayuno debido a la realización de diferentes pruebas diagnósticas. Se inició la tolerancia por vía oral con una dieta semisólida, que se mantuvo durante cuatro días. El 10 de junio se indicó nuevamente ayuno absoluto para

llevar a cabo el drenaje del pseudoquiste pancreático; al día siguiente, se reinició la alimentación oral de forma progresiva. Aunque estas alteraciones estuvieron justificadas por los procedimientos y las evaluaciones clínicas, su repetición, sumada a la hiporexia, la saciedad precoz, la distensión abdominal y los vómitos previamente referidos, pudo dificultar que el paciente alcanzara la meta nutricional establecida.

El 15 de junio se prescribió una dieta hipograsa acompañada de suplementación nutricional. Esta indicación es compatible con la recomendación de retomar la alimentación oral con una dieta blanda y baja en grasa cuando la pancreatitis aguda es clínicamente tolerada. La alimentación oral temprana no precisa esperar la normalización de la lipasa ni mantener un ayuno prolongado. [8,9]

Sin embargo, el aporte registrado cubría aproximadamente el 70% de la dieta hospitalaria ofrecida, no necesariamente el 70% de los requerimientos energético-proteicos del paciente. Para determinar la adecuación nutricional sería necesario conocer el contenido calórico y proteico de la dieta prescrita y del suplemento. Por ello, este resultado debe interpretarse como una cobertura parcial, especialmente relevante en un paciente crítico que presentó pérdida de peso, disminución de la masa periférica y consumo previo cercano al 50%.

En pacientes de UCI que no alcanzan los objetivos mediante la vía oral, se recomienda considerar primero la suplementación nutricional y, si continúa siendo insuficiente, valorar la nutrición enteral. [10]

En este caso, la persistencia de una ingesta inferior a los requerimientos justificaría cuantificar diariamente el consumo, vigilar la tolerancia gastrointestinal y evaluar oportunamente el soporte enteral si la vía oral no permite mejorar la cobertura nutricional.

Diagnóstico Nutricional

El diagnóstico nutricional se formuló mediante el Proceso de Atención Nutricional (PAN), posterior a la integración de la información obtenida en las valoraciones antropométrica, bioquímica, clínica y dietética. Este proceso permite organizar los hallazgos, identificar el problema nutricional prioritario, establecer sus posibles causas y relacionarlo con los signos y síntomas que lo sustentan. El diagnóstico se realizó utilizando la terminología estandarizada de la Academy of Nutrition and Dietetics y el formato PES, el cual comprende: Problema (P), Etiología (E) y Signos/Síntomas (S). [7]

Diagnóstico nutricional prioritario

Problema (P): Ingesta oral inadecuada

Etiología (E): Relacionada con plenitud precoz, hiporexia, distensión abdominal, náuseas, vómitos y periodos de ayuno por procedimientos, en el contexto de pancreatitis aguda y enfermedad crítica

Signos y Síntomas (S): Evidenciada por un consumo aproximado del 50% de la dieta hospitalaria, una cobertura posterior cercana al 70% de la dieta ofrecida pese a la suplementación y una pérdida de peso de 8 kg equivalente al 9,41% en aproximadamente cinco semanas.

Diagnóstico nutricional complementario

Problema (P): Pérdida involuntaria de peso

Etiología (E): Relacionada con ingesta energético-proteica insuficiente, inflamación aguda, hipercatabolismo e inmovilización

Signos y Síntomas (S): Evidenciada por la reducción de 85 a 77 kg y la disminución de 4 cm en la circunferencia de pantorrilla.

El establecimiento de los diagnósticos encauza el abordaje terapéutico hacia el aumento progresivo de la cobertura energético-proteica, la vigilancia de la tolerancia gastrointestinal, la prevención de una mayor pérdida de masa muscular y la reevaluación periódica del diagnóstico conforme se obtengan nuevos datos. La AND recomienda revisar y modificar los diagnósticos cuando cambian la ingesta, la condición clínica o los resultados de la valoración. [7]

Metodología

La presente propuesta de atención nutricional y dietoterapéutica se elaboró a partir del análisis retrospectivo de un caso clínico correspondiente a un paciente masculino de 53 años, hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático y antecedente de trauma abdominal, laparotomía exploratoria y osteosíntesis de radio derecho. Se realizó un análisis retrospectivo a partir de la información secundaria disponible en la historia clínica, sin intervención directa, evaluaciones adicionales ni contacto con el paciente.

La valoración nutricional se efectuó integrando los datos antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos y funcionales registrados durante la hospitalización. Para valorar la evolución se consideraron el peso corporal, la circunferencia de la pantorrilla y la fuerza de prensión manual. En conjunto, estos elementos permitieron identificar una

ingesta reducida, pérdida de peso involuntaria, disminución de la reserva muscular y diversos factores clínicos que dificultaban la alimentación por vía oral.

El diagnóstico nutricional se estableció mediante el Proceso de Atención Nutricional (PAN) y el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES), utilizando la terminología estandarizada de la Academy of Nutrition and Dietetics (AND). [1]

Búsqueda y selección de la evidencia científica

La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed, Scopus, SciELO, Cochrane Library y Google Scholar, utilizando descriptores en español e inglés relacionados con el caso: acute pancreatitis, critical illness, enteral nutrition, oral feeding, parenteral nutrition, obesity, nutritional assessment, pseudocyst y nutrition care process. Los términos se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR.

La revisión bibliográfica se centró en publicaciones de los últimos cinco años, con especial atención a guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos sobre pancreatitis aguda y soporte nutricional. Aquellas fuentes con una data mayor se incluyeron de forma excepcional debido a su carácter fundamental siempre que estuvieran respaldadas por directrices internacionales vigentes.

La selección de la evidencia se basó en su adecuación a la población adulta, la presencia de pancreatitis aguda y el contexto de cuidados intensivos. Asimismo, se consideraron los estudios que abordaban la alimentación oral o la nutrición enteral y que evaluaban aspectos como la tolerancia gastrointestinal, el aporte energético-proteico, las complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria y la mortalidad. Como fuentes

principales se utilizaron las recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral y la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (ASPEN/SCCM), el American College of Gastroenterology (ACG) y las guías ibero-latinoamericanas sobre pancreatitis. En términos generales, estas recomendaciones favorecen el inicio temprano de la alimentación oral cuando existe tolerancia, el uso de nutrición enteral cuando la vía oral resulta insuficiente y la nutrición parenteral únicamente cuando las vías oral y enteral están contraindicadas, no son toleradas o no permiten cubrir los requerimientos nutricionales. [2–5]

Guías de práctica clínica consultadas

La propuesta dietoterapéutica se sustentó principalmente en recomendaciones emitidas por organizaciones científicas internacionales con experiencia en el manejo de la pancreatitis aguda, la nutrición clínica y el paciente crítico, entre ellas:

European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN): guía práctica sobre nutrición clínica en pancreatitis aguda y crónica, con recomendaciones sobre alimentación oral, nutrición enteral, tipo de fórmula y vía de administración. [2]

American College of Gastroenterology (ACG): guía para el manejo de la pancreatitis aguda, que recomienda la alimentación oral temprana cuando sea tolerada y la nutrición enteral cuando la vía oral no sea suficiente. [3]

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition y Society of Critical Care Medicine (ASPEN/SCCM): recomendaciones para la valoración y el soporte nutricional del paciente adulto críticamente enfermo.

ESPEN: guía práctica sobre nutrición clínica en la unidad de cuidados intensivos, utilizada para orientar el aporte nutricional, la progresión de la alimentación y la monitorización del paciente crítico. [4]

Academy of Nutrition and Dietetics (AND): mediante el Nutrition Care Process (NCP) y la Evidence-Based Nutrition Practice Guideline (eNCPT), utilizados para estructurar la valoración nutricional, formular los diagnósticos mediante el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES), diseñar la intervención y establecer el seguimiento. [1]

Además, se consultaron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales relacionados con la realimentación oral temprana, la nutrición enteral frente a la parenteral, la tolerancia de las fórmulas nutricionales, la obesidad en el paciente crítico y la pérdida de masa muscular. La evidencia disponible subraya evitar el ayuno prolongado, utilizar una dieta oral baja en grasa cuando exista tolerancia y priorizar la nutrición enteral si la vía oral no permite cubrir los requerimientos nutricionales. [2,3]

Análisis y propuesta dietoterapéutica

Con el propósito de abordar las necesidades identificadas durante el cribado y la evaluación del paciente, el plan nutricional se estructuró de manera personalizada. Dicho esquema abarcó la selección de la vía de alimentación y las modificaciones cualitativas

de la dieta, incorporando el uso de complementos hiperproteicos, la velocidad de incremento en el aporte de sustratos, los indicadores de rescate para nutrición enteral y las herramientas de control continuo.

El seguimiento en el tiempo contempló indicadores dinámicos como el volumen de consumo voluntario, el cumplimiento de las metas calórico-proteicas, la respuesta digestiva, las variaciones ponderales y antropométricas (circunferencia de pantorrilla y dinamometría), junto con el perfil metabólico, revisión de parámetros hidroelectrolítico, urinario y renal. Cabe aclarar que el desarrollo de esta propuesta se circunscribe exclusivamente al ámbito académico, eximiendo su aplicabilidad práctica o terapéutica directa sobre el sujeto de estudio.

Propuesta de intervención nutricional

Objetivo de la intervención

El objetivo de la intervención es mejorar la ingesta oral identificada como insuficiente en el diagnóstico nutricional según el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas (PES), aumentar progresivamente la cobertura de energía y proteínas, frenar la pérdida de peso y preservar la masa muscular. Todo ello debe lograrse sin exacerbar el dolor abdominal, los vómitos ni la distensión.

La propuesta parte de que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, mantiene el tránsito intestinal y no presenta signos de obstrucción, isquemia intestinal, íleo prolongado o síndrome compartimental abdominal. La aparición de cualquiera de estas situaciones obligaría a reevaluar la estrategia y a modificar tanto la vía de administración como la velocidad de progresión de la alimentación.

Vía oral y características de la dieta

Mantener la vía oral mientras el paciente esté despierto, pueda deglutir y no presente vómito persistents o intolerancia significativa.

Indicar una dieta blanda o semisólida, hipograsa, completa y fraccionada en cinco o seis tiempos de comida.

Ofrecer porciones pequeñas y frecuentes para disminuir la plenitud precoz.

Evitar ayunos prolongados; los periodos de NPO deben limitarse al tiempo estrictamente necesario para exámenes o procedimientos.

No es necesario esperar la normalización de amilasa o lipasa para avanzar la alimentación si existe tolerancia clínica. [11,12]

La dieta no debe ser excesivamente restrictiva ni eliminar totalmente la grasa, salvo que exista hipertrigliceridemia, esteatorrea o intolerancia específica.

Suplementación oral

Mantener un suplemento oral hiperproteico, administrado entre comidas y no como sustituto completo de la alimentación. Debe registrarse la cantidad realmente consumida y vigilarse la tolerancia.

El aporte informado del 70% corresponde a la dieta ofrecida y no necesariamente al 70% de los requerimientos del paciente. Por ello, es necesario calcular diariamente la adecuación energética y proteica a partir del consumo real de alimentos y suplemento.

Energía y proteína

Siempre que se encuentre disponible, la calorimetría indirecta constituye el método preferente para estimar el gasto energético. En este caso, al no disponer de dicha herramienta, se utilizó una estimación basada en el peso corporal actual. Para un peso de 77 kg, se consideró inicialmente un rango de 15–20 kcal/kg/día, equivalente a unas 1.155–1.540 kcal/día. A partir de este intervalo, se planteó comenzar con un aporte aproximado de 1.400–1.500 kcal/día y aumentarlo de forma gradual según la tolerancia, procurando evitar tanto la sobrealimentación como la persistencia de un déficit nutricional. [14]

No se añadió un factor de estrés específico por el trauma, la cirugía o la pancreatitis, ya que su utilización sistemática no está suficientemente respaldada y podría conducir a una sobreestimación de los requerimientos. El aporte energético se revisará progresivamente atendiendo a la tolerancia gastrointestinal, la ingesta efectiva, la glucemia, los triglicéridos, los electrolitos, el balance hídrico y la evolución clínica.

Aunque el paciente presentaba obesidad al ingreso, en la actualidad su índice de masa corporal es de 28,3 kg/m² y ha experimentado una pérdida involuntaria equivalente al 9,41% de su peso inicial. En este contexto, no sería adecuado establecer una pauta restrictiva dirigida a la pérdida ponderal. La intervención está dirigida a frenar el deterioro nutricional y preservar la masa muscular. En pacientes con pancreatitis aguda grave y obesidad, las recomendaciones de ESPEN/UEG se enfocan hacia un aporte normocalórico e hiperproteico; cuando no es posible realizar calorimetría indirecta, la prescripción debe individualizarse a partir del peso corporal y de la respuesta clínica. [16]

Se establecerá un aporte proteico progresivo de aproximadamente 1,3 g/kg/día, ajustado a la evolución clínica, la función renal y la tolerancia gastrointestinal. En

pacientes con pancreatitis aguda grave y obesidad, se recomienda considerar un aporte superior a 1,3 g/kg de peso ajustado/día. [14,16]

Dado que el paciente ha perdido peso, presenta ingesta insuficiente y deterioro antropométrico, el objetivo no es inducir pérdida de peso, sino limitar la pérdida de masa muscular y favorecer la recuperación funcional. La progresión debe ser gradual, evitando aportes excesivos durante la fase aguda.

Tabla 6. Molécula calórica

Macronutriente	Porcentaje	Aporte aproximado	Energía
Proteínas	27%	100 g/día	400 kcal
Carbohidratos	48%	180 g/día	720 kcal
Grasas	25%	42 g/día	380 kcal
Total	100%	—	**1.500 kcal/día**

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Fraccionamiento de la dieta

Tiempo de comida	Porcentaje	kcal	Proteínas	Carbohidratos	Grasas
Desayuno	20%	300	18,8 g	37,5 g	8,3 g
Colación matutina	10%	150	9,4 g	18,8 g	4,2 g
Almuerzo	25%	375	23,4 g	46,9 g	10,4 g

Colación vespertina	10%	150	9,4 g	18,8 g	4,2 g
Cena	25%	375	23,4 g	46,9 g	10,4 g
Colación nocturna	10%	150	9,4 g	18,8 g	4,2 g
Total	**100%**	**1.500**	**93,8 g**	**187,5 g**	**41,7 g**

Fuente: Elaboración propia.

Se plantea distribuir el aporte de 1.500 kcal en seis tomas a lo largo del día: el 20% correspondería al desayuno, el 10% a la colación de media mañana, el 25% al almuerzo, otro 10% a la colación de la tarde, el 25% a la cena y el 10% restante a una colación nocturna. Esta distribución fraccionada permite suministrar volúmenes pequeños de forma constante, una estrategia terapéutica clave para favorecer la tolerancia frente a síntomas como la saciedad temprana y la plenitud abdominal. Con respecto a sus características físicas y químicas, se prescribió una dieta de consistencia semisólida, modificada en lípidos y con un perfil nutricional completo. Para mejorar el aporte proteico, el suplemento se pautó de manera estratégica durante las colaciones, asegurando que actúe como un refuerzo y evite el desplazamiento de la ingesta en las comidas principales. Esta conducta clínica se alinea con los consensos de la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), organización que respalda la reintroducción de la vía oral mediante preparaciones de fácil digestión, bajas en grasa y bajo un esquema de progresión sumamente cauteloso en el paciente crítico. [11,14]

Estos valores corresponden a una estimación académica inicial. Si el paciente consume solo el 70%, recibiría aproximadamente 1.050 kcal, 70 g de proteína, 126 g de carbohidratos y 29 g de grasa.

Progresión del soporte nutricional

Si la vía oral continúa siendo insuficiente, se propone iniciar nutrición enteral continua y progresiva. La vía nasogástrica puede utilizarse como primera opción; se considerará una sonda nasoyeyunal si aparece intolerancia digestiva, como vómitos persistentes, dolor o dificultad para el vaciamiento gástrico. [11]

Se utilizará inicialmente una fórmula polimérica estándar, debido a que las guías no han demostrado una superioridad consistente de las fórmulas semielementales sobre las poliméricas en tolerancia, complicaciones o mortalidad. [11]

La nutrición enteral deberá retrasarse o suspenderse temporalmente ante inestabilidad hemodinámica no controlada, sospecha de isquemia intestinal, obstrucción o intolerancia digestiva grave. En pacientes con pancreatitis grave y aumento de la presión intraabdominal, se requiere vigilancia estrecha y ajuste de la vía y velocidad de alimentación. [11,12]

La nutrición parenteral se reservará para los casos en que la vía oral y la nutrición enteral estén contraindicadas, no sean toleradas o no permitan cubrir los requerimientos nutricionales. [11,12]

Monitoreo y reevaluación nutricional

Se realizará un seguimiento diario de la ingesta oral, el consumo del suplemento y la cobertura energético-proteica, además de la tolerancia gastrointestinal, considerando la

presencia de náuseas, vómitos, dolor, distensión abdominal y cambios en el tránsito intestinal. Se controlarán la glucemia, el sodio, el potasio, el magnesio y el fósforo; estos dos últimos, junto con el potasio, deben evaluarse al menos diariamente durante la primera semana de realimentación en pacientes críticos. Si aparece hipofosfatemia asociada con la realimentación, se recomienda aumentar la frecuencia de control a dos o tres veces al día y ajustar temporalmente el aporte energético. [1,2]

También se vigilarán la función renal, la diuresis y el balance hídrico. Monitorear de forma secuencial variables como el peso corporal, el perímetro de la pantorrilla y la dinamometría manual permitirá monitorizar el progreso físico y funcional del sujeto. Este soporte nutricional mantendrá un carácter flexible, adaptándose de forma continua a la respuesta clínica, el confort digestivo y el grado de cobertura de los requerimientos estimados. En cuanto al manejo específico de la pancreatitis aguda, la literatura científica recalca que la reactivación o progresión de la dieta debe guiarse por la tolerancia clínica manifiesta, y no por el descenso o estabilización de los niveles de enzimas pancreáticas. [2,3]

Conclusión

La valoración nutricional integral puso de manifiesto un riesgo elevado de deterioro nutricional, en el contexto de pancreatitis aguda, trauma abdominal, intervenciones quirúrgicas recientes, inmovilización y aporte oral insuficiente. Durante aproximadamente cinco semanas, el paciente perdió 8 kg, lo que corresponde al 9,41% de su peso inicial. También se observó una reducción de 4 cm en la circunferencia de la pantorrilla y una ingesta inferior a sus requerimientos nutricionales estimados.

La integración de los datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos permitió establecer como diagnóstico nutricional principal una ingesta oral inadecuada. Esta se relacionó con la hiporexia, la saciedad precoz, la distensión abdominal, las náuseas, los vómitos y los periodos de ayuno asociados a los procedimientos realizados durante la hospitalización. Frente a esta situación, se diseñó una propuesta dietoterapéutica individualizada basada en una alimentación de consistencia blanda o semisólida, hipograsa y distribuida en cinco o seis tomas. El aporte previsto fue de aproximadamente 1.500 kcal y 100 g de proteína al día.

El monitoreo debería incluir la evaluación periódica de la ingesta, también se debe observar que se cubra la energía y proteínas, la tolerancia gastrointestinal, mantener electrolitos, adecuada función renal, el balance hídrico estable, el peso corporal, la circunferencia de la pantorrilla y la fuerza de prensión manual. También, se contempla valorar progresivamente el inicio de nutrición enteral si la alimentación oral no permite

alcanzar los objetivos establecidos. Debido a que este trabajo representa una propuesta de naturaleza académica, su eficacia clínica no fue evaluada directamente; por tanto, su aplicación requeriría implementación asistencial y seguimiento coordinado por un equipo interdisciplinario.

Recomendaciones

Educar al paciente y su familiar antes del alta sobre cómo organizar las comidas, tomar los suplementos indicados y reconocer señales de alarma, como vómitos persistentes, aumento del dolor o la distensión abdominal, fiebre o dificultad para alimentarse.

Adaptar la alimentación a cada paciente, teniendo en cuenta su estado de salud, los medicamentos que utiliza, sus gustos, costumbres y posibilidades económicas. La dieta debe ser práctica, accesible y suficiente para favorecer la recuperación.

Realizar controles periódicos después del alta para comprobar la evolución del peso, la alimentación, la tolerancia digestiva y los análisis de laboratorio. Según estos resultados, podrán modificarse la dieta y los suplementos.

Registrar y documentar la evolución de estos casos para identificar qué intervenciones funcionan mejor y utilizar esa experiencia como orientación en pacientes con pancreatitis y sus complicaciones.

Bibliografía

1. Jabłońska B, Mrowiec S. Nutritional support in patients with severe acute pancreatitis—current standards. Nutrients. 2021;13(5):1498.

2. Bischoff SC, et al. European guideline on obesity care in patients with gastrointestinal and liver diseases—Joint ESPEN/UEG guideline. United European Gastroenterol J. 2022.

3. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, Sauer B, Yang A, Conwell DL, et al. American College of Gastroenterology guidelines: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2024;119:419-437.

4. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M, et al. ESPEN practical guideline on clinical nutrition in acute and chronic pancreatitis. Clin Nutr. 2023.

5. Matta B, Gougol A, Gao X, et al. Worldwide variations in demographics, management, and outcomes of acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(7):1567-1575.e2.

6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios [Internet]. Quito: INEC; [año del registro consultado] [citado día mes año]. Disponible en: [enlace institucional].

7. Corrigan ML, et al. Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: revised 2021 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists in nutrition support. J Acad Nutr Diet. 2021.

8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9.

9. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2023;42:1671-1689.

10. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. Clin Nutr. 2021;40(12):5684-5709.

11. Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC, Mallery JS, Freeman ML, Yadav D. Diagnosis and management of acute pancreatitis. Gastroenterology. 2024.

12. Hsieh PH, Yang TC, Kang EYN, et al. Impact of nutritional support routes on mortality in acute pancreatitis: a network meta-analysis of randomized controlled trials. J Intern Med. 2024;295:395-407.

13. De Lucia SS, Gajendran M, Berzigotti A, et al. Nutrition in acute pancreatitis: from the old paradigm to the new evidence. Nutrients. 2023;15(8):1939.

14. Berlana D. Parenteral nutrition overview. Nutrients. 2022;14(21):4480.

15. Reintam Blaser A, Starkopf J, Alhazzani W, et al. Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines. Intensive Care Med. 2017;43(3):380-398.

16. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2016;40(2):159-211.

17. Arvanitakis M, Dumonceau JM, Albert J, et al. Endoscopic management of acute necrotizing pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy evidence-based multidisciplinary guidelines. Endoscopy. 2018;50(5):524-546.

18. Domínguez-Muñoz JE, et al. European guidelines for the diagnosis and treatment of pancreatic exocrine insufficiency. United Eur Gastroenterol J. 2024.

19. Yébenes JC, et al. Smartfeeding: a dynamic strategy to increase nutritional efficiency in critically ill patients. Nutrients. 2024;16(8):1157.

20. Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, et al. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. N Engl J Med. 2014;371:1983-1993.

21. Cárdenas-Jaén K, et al. AEG-AESPANC-OPGE-SIED-SPG Ibero-Latin American guidelines on acute pancreatitis. United Eur Gastroenterol J. 2026.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos, con C.C: 0914369996 autora del trabajo de titulación: "Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral en un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático: análisis retrospectivo de un caso clínico", previo a la obtención del grado de MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de octubre de 2026.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MERCEDES ANNABELLE CABADIANA CEVALLOS

f. _____
Nombre: Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos
C.C: 0914369996

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Propuesta de abordaje nutricional y dietoterapéutico basado en evidencia para el manejo integral en un paciente con pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático: análisis retrospectivo de un caso clínico.		
AUTORA	Mercedes Annabelle Cabadiana Cevallos		
REVISORA/TUTOR	Dra. Alexandra Bajaña Guerra, Mgs. /Ing. Carlos Luis Poveda Loor, MsC		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23-10-2026	**No. DE PÁGINAS:**	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Nutrición clínica; gastroenterología; soporte nutricional.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	nutrición clínica; malnutrición; inmunosupresión.		

Resumen: La pancreatitis aguda puede desencadenar una respuesta inflamatoria intensa, hipercatabolismo, pérdida de masa muscular y deterioro nutricional, especialmente en pacientes críticos con trauma y cirugías recientes. Objetivo: Diseñar una intervención nutricional integral e individualizada para mejorar la cobertura energético-proteica, preservar la masa muscular y prevenir complicaciones durante la hospitalización. Metodología: Se realizó un análisis retrospectivo de un caso clínico correspondiente a un hombre de 53 años con pancreatitis aguda, pseudoquiste pancreático, trauma abdominal, laparotomía exploratoria, osteosíntesis de radio derecho y obesidad inicial. La valoración se efectuó mediante el Proceso de Atención Nutricional, integrando información clínica, antropométrica, bioquímica, dietética y funcional, y utilizando el formato Problema, Etiología y Signos/Síntomas. Plan: El paciente presentó ingesta insuficiente, vómitos, distensión abdominal, saciedad precoz, pérdida de peso de 8kg en aproximadamente cinco semanas, disminución de la circunferencia de pantorrilla e hipoalbuminemia. Se propuso mantener la vía oral si existían estabilidad hemodinámica, capacidad de deglución y tolerancia gastrointestinal, mediante una dieta blanda o semisólida, completa, hipograsa y fraccionada en cinco o seis tomas, complementada con un suplemento

hiperproteico. Se estimó un aporte inicial de 1.500 kcal/día y aproximadamente 1,3 g/kg/día de proteína. Si la ingesta continuaba siendo insuficiente, se planteó nutrición enteral progresiva, preferentemente nasogástrica, considerando la vía nasoyeyunal ante intolerancia gástrica. Monitoreo: Se controlarían diariamente la ingesta, tolerancia gastrointestinal, glucemia, electrolitos, función renal, diuresis y balance hídrico, además del peso, la circunferencia de pantorrilla y la fuerza prensil. Conclusiones: La nutrición temprana, progresiva y monitorizada favorece la recuperación y limita la pérdida muscular, priorizando la vía oral tolerada y evitando ayunos prolongados.

ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**593-993002130**	mercedes.cabadiana@cu.ucsg.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** Alexandra Josefina Bajaña Guerra	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: alexandra.bajana@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):	