

**Nombre de alumno: Guillen Arguello Jessica  
Alejandra**

**Nombre del profesor: Vásquez Pérez Alfredo  
Agustín**

**Nombre del trabajo: Caso Clínico**

**Materia: Practicas De Nutrición Clínica II**

**Grado: 9° cuatrimestre**

**Grupo: A**

## **CÁNCER DE ESÓFAGO. ESOFAGUECTOMÍA PARCIAL. FIEBRE EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO.**

### **OBJETIVOS:**

Valorar el estado nutricional del paciente operado por cáncer de esófago. Valorar las necesidades nutricionales del paciente operado por cáncer de esófago. Planificar una estrategia de soporte nutricional en el postoperatorio del cáncer de esófago. Discutir las posibles complicaciones del tratamiento nutricional. PRESENTACIÓN DEL CASO “Manuel tiene dificultad para tragar sólidos”. Manuel es un varón de 50 años, fumador de 20 cigarrillos al día desde hace 30 años y con hábito eólico de 80 g de alcohol/día. Trabaja en la construcción, y no tiene antecedentes patológicos de interés. Siempre ha sido una persona muy delgada, aunque no sabe precisar su peso habitual. Hace ocho meses empezó a notar dificultad para tragar, inicialmente los alimentos más sólidos como la carne o el bocadillo de media mañana. Además, ha apreciado que su peso ha disminuido. Por este motivo consultó a su médico de cabecera, quien prescribió la práctica de un tránsito esófago-gastro-duodenal, que mostró una estenosis de la luz esofágica en su tercio medio, de aspecto irregular. Se realizó una fibrogastroscoopia, que evidenció una lesión vegetante y ulcerada en tercio medio esofágico. La biopsia confirmó el diagnóstico de carcinoma escamoso de esófago. El paciente fue remitido al Servicio de Oncología de su Hospital de referencia. En el momento de la consulta Manuel pesaba 67 kg (talla 1,82 m, IMC 20.2 kg/m<sup>2</sup>). Se completó el estadiaje de la enfermedad con TAC torácico, estableciéndose el diagnóstico de carcinoma escamoso de esófago estadio II. El paciente inició protocolo de tratamiento con quimioterapia (4 ciclos de cisplatino + 5-fluorouracilo) y radioterapia neoadyuvante. Durante el tratamiento precisó soporte nutricional. Inicialmente se prescribió dieta líquida-pastosa completa con alimentos convencionales. Al no conseguir cubrir sus requerimientos nutricionales se recomendó suplementación por vía oral con un producto polimérico concentrado. No obstante, al progresar la disfagia hasta hacerse absoluta, se inició nutrición enteral por sonda nasogástrica. Una vez completado el tratamiento, Manuel ingresa para cirugía programada. Se realiza esofaguectomía parcial y plastia gástrica. La intervención se ha prolongado por problemas técnicos, y se decide no colocar yeyunostomía de alimentación como es habitual en estos casos. En el postoperatorio, se realiza consulta a la Unidad de Soporte Nutricional de nuestro hospital. El paciente presenta un peso de 60 kg, IMC 18,7, y analíticamente destaca una albúmina de 2,1 g/dl. Se inició nutrición parenteral total por vía central (catéter de tres luces en vena subclavia colocado en quirófano). Al sexto día del postoperatorio el paciente presentó un pico febril de 39°C, acompañado de tirtonas francas. Se cursó hemocultivo a través del catéter y hemocultivos periféricos, y el resultado confirmó una infección de catéter por un *Stafilococo plasmocoagulasa* negativo. Precisó recambio del catéter, y nutrición parenteral durante 14 días hasta que el paciente pudo reiniciar ingesta oral y cubrir sus necesidades nutricionales de forma adecuada.

### **PREGUNTAS**

#### **1. ¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE ESTE PACIENTE?**

Este presenta un cuadro de desnutrición severa ya que a comparación de cuando ingreso al hospital tenia un peso de 67kg con un IMC 20.2 y actualmente presenta un peso de 60 kg con un IMC de 18.7 además de eso sus análisis bioquímicos reflejaron su albumina menor a

2.5 el cual es otro indicador de desnutrición. El tipo de desnutrición que presenta es de tipo energético proteica debido a que su albumina y peso están disminuidos.

## 2. ¿QUÉ ESTRATEGIA DE APOYO NUTRICIONAL ELEGIRÍA EN ESTE CASO?

Debido a que el paciente presenta cáncer esofágico impide que el apoyo nutricional sea enteral. Debido a eso debe utilizarse la nutrición parenteral ya que el paciente está desnutrido. Una vez el paciente reinicie peristaltismo intestinal y se recupere del íleo postquirúrgico, como bien sabemos se debe iniciar la dieta oral progresiva siempre supervisando la tolerancia que el paciente vaya teniendo sobre los alimentos, y se disminuirán progresivamente los aportes por vía parenteral. La nutrición parenteral se retirará cuando el paciente pueda cubrir sus requerimientos nutricionales en más de sus  $\frac{3}{4}$  partes por vía oral.

## 3. ¿QUÉ NECESIDADES NUTRICIONALES TIENE EL PACIENTE EN ESTE MOMENTO?

Los requerimientos energéticos de los pacientes oncológicos, en principio, y si no se realizan medidas individualizadas (calorimetría indirecta), se deben considerar semejantes a los de las personas sanas (25-30 Kcal/kg/día), En cuanto a los requerimientos proteicos deberían ser de entre 1 (mínimo) y 1,2-1,5 g/kg/día y en el caso de existir catabolismo proteico podría aumentarse a 2 g/kg/día, La relación entre el gasto energético y los requerimientos nitrogenados se recomienda entre 130-100 Kcal/g N. La relación de lípidos/hidratos de carbono ideal vendrá determinada por los antecedentes patológicos o la situación clínica de cada paciente.

## 4. ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN SURGIR RELACIONADAS CON EL SOPORTE NUTRICIONAL?

Las complicaciones asociadas con la NPD pueden ser las mismas que aparecen cuando este tipo de nutrición se prescribe a corto plazo, pero existen otras complicaciones específicamente relacionadas con la administración prolongada de la NP. Se observan 4 grandes grupos de complicaciones que incluyen mecánicas, infecciosas, metabólicas y psicosociales.

**Tabla III.** Complicaciones de la nutrición parenteral domiciliaria (NPD) en el paciente oncológico. Adaptado de Cuerda Compés MC (37) y Cuerda C et al. (38)

Tipos de complicaciones	
Mecánicas	Estas complicaciones están relacionadas con la colocación y sobre todo con el mantenimiento del catéter. En el caso de la NPD, se deben destacar por su frecuencia la oclusión del catéter y la trombosis venosa (39)
Infecciosas	Son las complicaciones más frecuentemente observadas en los pacientes con NPD fundamentalmente la bacteriemia y/o sepsis asociada al catéter (40)
Metabólicas	Pueden manifestarse de forma aguda, como es el caso de la hiperglucemia/hipoglucemia, las alteraciones hidroelectrolíticas y el síndrome de realimentación o a largo plazo como consecuencia de los efectos de la NPT sobre el hígado y el hueso. La enfermedad hepática se presenta en forma de esteatosis, colestasis intrahepática, barro biliar o coledolitiasis. Para prevenir esta complicación, ESPEN recomienda no aportar más de 1 g/kg de grasas, ajustar el aporte calórico e infundir la NP de forma cíclica (Grado de recomendación B) (41). La enfermedad metabólica ósea se caracteriza por la presencia de osteomalacia, osteoporosis, dolor o fracturas óseas. En esta entidad están implicados factores relacionados con la NP como son la hipercalcemia, la toxicidad por aluminio, el déficit o toxicidad de vitamina D y la sobrecarga proteica (41)
Psicosociales	La NPD puede influir en la calidad de vida del paciente (42)

ESPEN: Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral; NPT: nutrición parenteral total; NP: nutrición parenteral.

## CALCULO:

### HARRIS BENEDICT

$$66.47+13.75 \times 60+5 \times 182-6.76 \times 50$$

$$66.47+825+910-338= 1436.47$$

$$\begin{array}{r} \text{EF:1.2} \\ \text{AF:1.2} \\ \hline 2107.39 \end{array}$$

MACROS	%	GRAMOS	
HC	56	295	
LIPIDOS	27	63.22	
PROTEINA	17	89	1.5 gr/kg

## RECOMENDACIONES Y DIETA

En el caso de este paciente para hacer la distribución y la valoración del mismo para responder de igual manera las preguntas antes contestadas ya que el paciente presente una desnutrición energética proteica, se le tomo en cuenta y tomando en cuenta la bibliografía de nutrición hospitalaria en donde indica la cantidad de proteína indicada en este tipo de pacientes es de 1 a 1.5 de igual manera se revisaron las cantidades de carbohidratos y de lípidos que se pueden indicar a los pacientes y nos dice que esto se debe distribuir dependiendo del paciente. En este caso nuestro paciente estaba con nutrición parenteral por catorce días en donde después de estos días se le irán incluyendo alimentos pastosos en este caso sería una dieta semisólida y como todo plan de alimentación ir integrando poco a poco alimentos mas sólidos, los cuales puedan contribuir a la nutrición del paciente y poder contrarrestar la desnutrición así como también apoyar al paciente en su nutrición para el cáncer reduciendo la ingesta de cierto tipo de alimentos que pueden ayudar a la progresión del cáncer como lo son alimentos enlatados, embutidos entre otros. Y la formula usada para la determinación del GEB fue la de Harris benedict ya que fue la que se utilizo en el caso anterior, así como la bibliografía nos dice que esta formula puede ser utilizada siempre y cuando el paciente no esté obeso.

## **BIBLIOGRAFIA**

<file:///C:/Users/jess/Downloads/MA-01361-02.pdf>

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232016000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100006)