



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del alumno: Diana Laura Altuzar Hernández**

**Nombre del trabajo: Caso clínico**

**Materia: Prácticas de Nutrición Clínica II**

PASIÓN POR EDUCAR

**Grado: 9ª Cuatrimestre**

**Grupo: A**

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de junio del 2020

## **PREGUNTAS RESPECTO AL CASO CLÍNICO CON CÁNCER DE ESÓFAGO**

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

El paciente presenta una desnutrición severa ya que su peso esta disminuyendo presentando un IMC 18.73, la desnutrición en pacientes postoperatorio por el desarrollo de íleo paralítico. Las guías de la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral definen la desnutrición como una pérdida o ganancia involuntaria de peso superior o igual al 10% del peso habitual en seis meses o superior, o igual al 5% en el último mes. La desnutrición se asocia con cambios en la composición corporal, agotamiento tisular progresivo y peor funcionamiento de órganos y sistemas como el cardiopulmonar, renal y sobre todo digestivo. El tipo de desnutrición suele ser calórico-proteico, el cual la etiología puede ser multifactorial.

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

La mayoría de los autores recomiendan el uso de nutrición enteral total en oposición a la parenteral total, asumiendo que ésta última se asocia con atrofia de la mucosa y aumento de la permeabilidad intestinal como expresión del daño de la barrera intestinal.

Se tiene que tomar en cuenta:

La traslocación bacteriana ocurre en humanos, más rápidamente si la función barrera intestinal está alterada y se asocia con un aumento de la incidencia de sepsis. Esta asociación apoyaría la hipótesis del origen intestinal de la sepsis. Sin embargo, es probable que la traslocación bacteriana ocurra también en sujetos sanos, aunque no sea significativa salvo que exista un estado de inmunosupresión.

La nutrición artificial antes y después de la cirugía abdominal, pero con una gran variabilidad en cuanto al tipo de participante incluido, estado nutricional basal, vía de acceso nutricional y cantidad y tipo de fórmula empleadas. En determinados enfermos, el tratamiento nutricional puede suponer una modalidad terapéutica muy compleja y no exenta de complicaciones. En este caso yo recomendaría la nutrición enteral por vía yeyunostomía por lo que permite nutrir al paciente adecuadamente y así poder cubrir las necesidades calóricas y sobre todo proteicas elevadas. Una opción terapéutica sería administrar nutrientes suplementarios por vía parenteral en aquellos enfermos en los que el aporte enteral sea insuficiente. Se puede considerar la nutrición parenteral ya que el paciente se encuentra en un estado de desnutrición severa, se tiene que analizar el progreso después de la cirugía y así poder iniciar con una alimentación oral progresiva dependiendo de la tolerancia.

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

La formula para poder sacar su requerimiento calórico, en lo personal recomendaría utilizar HARRIS BENEDICT.

$GET = 66.47 + (13.75 \times 76\text{kg}) + (5 \times 182) - (6.76 \times 50\text{años}) = 1617 \times 1.2 \text{ FE} \times 1.2 \text{ FA}$  (reposo en cama) = 2328.48 Kcal totales.

Los requerimientos energéticos para un paciente que fue previamente sometido a una cirugía de esófago la formula rápida entre 30 a 35Kcal/kg, pero al igual se puede llegar a aumentar debido al estrés debido por la sepsis por catéter quedando entre 35 a 40Kcal/kg. Es importante señalar que los requerimientos de proteína deben ser de 1.2 a 2g/kg/día. Algunos autores señalan una distribución de 1.2Kcal/kg/día de proteína, HC 50-70% y lípidos de 30-50%.

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

En la nutrición parenteral llega a producir atrofia de la mucosa intestinal por lo que hay una disminución de la actividad enzimática del eritrocito. La mucosa intestinal es especialmente resistente a la acción proteolítica de las enzimas y a la invasión de la flora residente y es prácticamente impermeable a las macromoléculas. La traslocación bacteriana consiste en el paso de bacterias viables endógenas (vivas o muertas) y/o productos bacterianos (endotoxinas, exotoxinas, fragmentos de la pared celular, partículas inertes u otras macromoléculas) desde el epitelio mucoso del tubo digestivo a otros territorios extraintestinales, con la consiguiente reducción en la absorción de nutrientes, la disminución de la respuesta inmune y la secreción de sustancias inmunológicas que generan un aumento de la permeabilidad intestinal y episodios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Provocando:

- Alteraciones de la flora intestinal por ausencia de nutrientes en el intestino.
- Alteración de permeabilidad de la barrera intestinal, induciendo translocación bacteriana.
- Mayores complicaciones y pueden ser más graves
- Costos más elevados
- 50% de las complicaciones de la nutrición parenteral resultan complicaciones mecánicas (Incluyen la empalizada intestinal y el moco. Representan una barrera anatómica que separa contenidos luminales del intestino del medio interno, facilitando el barrido de antígenos e interfiere con la adherencia y proliferación de bacterias sobre la superficie del epitelio) derivadas de la implantación y mantenimiento del acceso venoso central.
- Las complicaciones infecciosas es el segundo grupo de complicaciones más importantes de la NP y supone un reto para su mantenimiento de vía venosa.

Los tipos de infecciones:

- Bacteriemia asociada al líquido de infusión

- Colonización del catéter
- Infección del orificio de salida.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Luis Román Daniel A, Bellido Guerrero Diego, García Luna Pedro P. Dietoterapia, Nutrición clínica y Metabolismo. 2012.

Recuperado:

<file:///C:/Users/DIANA/Downloads/Dietoterapia,%20nutricion%20clinica%20y%20metabolismo.pdf%20%C2%B7%20versi%C3%B3n%201-1.pdf>

2. Zarazaga A, García de Lorenzo A, Culebras JM. Implicaciones de la cirugía en el enfermo oncológico. 2002

Recuperado: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116q.pdf>

3. Miján de la Torre A., Pérez García A. Cálculo de necesidades en el paciente oncológico. 2010

Recuperado:

[https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_08.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_08.pdf)