



Nombre de alumnos: Julibeth Martínez Guillén

Nombre del profesor: Alfredo Agustín Vázquez Pérez

Nombre del trabajo: Caso clínico

Materia: Prácticas de nutrición clínica II

Grado: 9no cuatrimestre

Grupo: Licenciatura en nutrición

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de junio de 2020

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

“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 enólico 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/m²). 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 esofagectomía 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.

ABORDAJE NUTRICIONAL DEL PX

GASTO ENERGÉTICO: “En el paciente con cáncer no se puede generalizar una fórmula para calcular los requerimientos energéticos” (Botella, 2005)

Opino que el gasto energético total en este tipo de pacientes no es exigente en cuanto a fórmulas específicas, ya que lo más importante es la distribución de macronutrientes y factor de corrección en la fórmula.

Por ese motivo yo utilizaría la fórmula de Harris-Benedict por su fácil uso y porque contempla talla, edad, peso y sexo. Además puede emplearse un factor de corrección de estrés metabólico, utilizaría 1.2-1.3 como factor de estrés.

A continuación dejaré una tabla en donde se expresa el factor de corrección para este tipo de pacientes:

Factor de estrés: Cirugía menor 1,2
Cirugía mayor 1,3
Tratamiento del cáncer 1,2

Factor de actividad: Encamado 1
Reposo en cama 1,2
Deambulacion 1,3

En este caso el gasto energético total sería: $GET = 66.47 + (13.75 \times 67 \text{ kg}) + (5 \times 182 \text{ cm}) - (6.76 \times 50 \text{ años}) = 66.47 + 921.25 + 910 - 338 = 1559.72 * 1.2 * 1.2 = 2245.9968 \text{ kcal}$

Contemplé 1.2 para el factor de estrés del tx de cáncer y 1.2 para el factor de actividad (encamado). Usé el peso anterior para las fórmulas con el fin de mantener el peso e intentar recuperar un poco del peso perdido.

TIPO DE DIETA: Recomendaría una dieta hiperproteica blanda en consistencia con el fin de evitar que la desnutrición proteica siga y ayudar a que los alimentos sean fáciles de tragar.

Imagino que al progresar la dieta de parenteral a oral, el paciente ya pasó por la dieta líquida por lo tal motivo envío esa dieta, además esta deberá ser progresiva de acuerdo a las necesidades energéticas y de nutrientes del paciente.

PORCENTAJE DE MACRONUTRIENTES: A mi parecer los macronutrientes serán de manera normal a excepción de las proteínas.

Considero que las proteínas pueden manejarse de 1.5 a 2 gramos por kilogramo de peso, por lo que mis cálculos los haría tomando en cuenta 1.8 g/kg de peso =120g de proteína lo que corresponde al 21% de la energía total, el paciente no presenta daño renal por lo que no hay problema en utilizar este porcentaje además que está expulsando proteínas.

HC: 54% = 303.2 g

LP: 25% = 62.3 g

PT: 21% = 120g

PREGUNTAS

1. ¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE ESTE PACIENTE? En el diagnóstico del estado nutricional del paciente debe contemplarse los factores bioquímicos como es la albúmina, antropométricos como es la pérdida de peso y por supuesto los dietéticos

En mi opinión el paciente se encuentra en un grado de desnutrición, aunque el IMC no lo indique la pérdida de peso y el desecho de proteínas puede decir lo contrario, La desnutrición puede ser moderada o incluso severa, se debe tomar en cuenta el cambio de dieta que ha llevado el paciente, además que se le indicó NP y o yeyunostomía. En este caso puedo decir que el paciente quizá se encuentre en desnutrición severa.

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

Yo considero que las funciones intestinales del paciente se encuentran modificadas debido a la cirugía por la que cursó el paciente por lo que la nutrición enteral entérica no sería factible, la yeyunostomía sería una buena opción para que el paciente reciba apoyo nutricional, sin embargo debido a la desnutrición el paciente puede ser candidato para nutrición parenteral. Una vez el paciente haya pasado los 14 días con la NP y haya recuperado las funciones digestivas e intestinales puede progresarse a alimentación oral de manera paulatina y de acuerdo el paciente lo asimile.

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

Las necesidades nutricionales más evidentes por las que el paciente cursa son las necesidades energéticas y proteicas por lo que sugiero que la dieta siga conservando las características de ser hipercalórica debido al estrés quirúrgico y la pérdida de peso e hiperprotéica, recordemos que las proteínas en el caso de una cirugía pueden ayudar a la reparación y formación de tejidos, además de la desnutrición de carácter energético-proteica

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

Infecciones relacionadas con el catéter:

- Endocarditis
- Infecciones en pacientes inmunodeprimidos: afecta particularmente a pacientes de oncología y UCI neonatales, generalmente asociados con el uso de dispositivos extraños, especialmente catéteres venosos centrales.

Respecto a los costos, al ser elevado muchos pacientes no tienen la posibilidad de adquirir la NP por lo que puede ser un problema.

Puede existir un desequilibrio en la flora intestinal del paciente o microbiota.

FUENTES DE CONSULTA

Agudelo G. M., Giraldo N. A., Aguilar N., Barbosa J. 2011. Incidencia de complicaciones del soporte nutricional en pacientes críticos: estudio multicéntrico. Recuperado el 20 de junio de 2020 de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v26n3/16_original_12.pdf

Cáceres H., Nenigner E., Menéndez Y., Barreto J. 2016. Intervención nutricional en el paciente con cáncer. Recuperado el 20 de junio de 2020 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100006

Botella F. 2005. “Apoyo nutricional en el paciente oncológico”. Recuperado el 20 de junio de 2020 de https://www.chospab.es/area_medica/nutricion/apoyonutricionalalpacienteoncologico.pdf

Medigoo.com. 2013. Estafilococo coagulasa negativo. Recuperado el 20 de junio de 2020 de <https://www.medigoo.com/es/compruebe-el-sintoma/estafilococo-coagulasa-negativo/>

Instituto nacional del cáncer. Sf. Tratamiento del cáncer de esófago en adultos (Versión para profesionales de salud). Recuperado el 20 de junio de 2020 de <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/esofago/pro/tratamiento-esofago-pdq>