



Nombre del alumno: María de los Ángeles Jiménez Paz

Nombre del profesor: Alfredo Agustín Vázquez Pérez

Nombre del trabajo: Caso clínico

Materia: Prácticas en nutrición clínica II

Grado: 9no cuatrimestre

Grupo: A



Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de junio del 2020.

- **Caso clínico**

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 tiritonas 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.

- **Cálculos**

Peso inicial: 67 kg

IMC inicial: IMC 20.2 kg/m²

Peso posterior: 61 kg

IMC posterior: IMC 18.7 kg/m²

Pérdida de peso: 6 kg

GET: 32 kcal x 61 kg

GET: 1952 kcal

HC 50%= 244 gr
Lípidos 30%= 65 gr
Proteínas 1.5 gr/kg/día= 91 gr

- **Anexos y justificaciones bibliográficas**

1. ¿CUÁL ES EL ESTADO NUTRICIONAL DE ESTE PACIENTE?

El paciente presenta una desnutrición severa, ya que, ha perdido un 7.4% de su peso corporal de acuerdo a lo que describe el caso clínico. Como hemos visto en ocasiones anteriores, la mayoría de pacientes oncológicos presentan un mayor riesgo de desnutrición, en este caso el lugar en el que se encontraba el cáncer implica un mayor riesgo porque supone un medio de alimentación. El tipo de desnutrición generalmente suele ser calórico-proteica, los motivos pueden relacionarse tanto a los síntomas que acompañan a la enfermedad (anorexia, vómitos etc.) como también se pueden deber a los efectos colaterales del

tratamiento, en este caso las quimioterapias y cirugías a las que el paciente fue sometido.

Por ello, es imprescindible la detección efectiva de desnutrición o el riesgo a padecerla. En este caso que ya se identificó la desnutrición es importante realizar una valoración y seguimiento nutricional del paciente.

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

Definitivamente la nutrición parenteral debido a las indicaciones que se establecen en este tipo de soporte nutricional, a la falta de acceso enteral vía yeyunostomía, además el paciente está desnutrido y la previsión de ayuno es superior a los 10 días. Sin embargo, como ya sabemos la NP es solamente temporal y de acuerdo a la evolución del paciente se puede proceder a una dieta enteral.

Una vez el paciente reinicie peristaltismo intestinal y se recupere de las cirugías se puede iniciar con una dieta oral progresiva según tolerancia, 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 tres cuartas partes partes por vía oral, utilizando, si es necesario, suplementos nutricionales.

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

Las necesidades calóricas del paciente sometido a cirugía por cáncer de esófago las podemos establecer en 30- 35 Kcal/kg de peso de acuerdo con la escuela de nutriología oncológica en pacientes latinos, revisando otras fuentes los aportes energéticos no varían de manera drástica.

En este caso se debe tener en cuenta el estrés quirúrgico y el estrés debido a la situación de sepsis por catéter, que pueden incrementar las necesidades calóricas hasta 35-40 Kcal/kg de peso/día. Las necesidades proteicas se establecerán en función del peso y del estrés metabólico, y oscilarán entre 1,2 y

2 g/ proteína/kg peso/día. La energía debe ser proporcionada en forma de hidratos de carbono (50-70%) y lípidos (30-50%).

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

La nutrición parenteral produce atrofia de la mucosa intestinal provocando alteración de la flora intestinal por ausencia de nutrientes en el intestino. Alteración de la permeabilidad de la barrera intestinal, induciendo la translocación bacteriana.

Los riesgos que suponen también la NP resultan de complicaciones mecánicas derivadas de la implantación y mantenimiento del acceso venoso central, y además son las responsables muertes causadas por complicaciones de la técnica

Las complicaciones infecciosas son el segundo grupo de complicaciones más importantes de la nutrición parenteral, y en ocasiones suponen un reto para el mantenimiento de la vía venosa. Tipos de infecciones relacionadas con el catéter.

- Colonización del catéter
- Infección del orificio de salida del catéter
- Bacteriemia asociada al líquido de infusión
- Bacteriemia/fungemia asociada al catéter
- Hemocultivos cuantitativos

En caso de Nutrición Parenteral de larga duración (por ejemplo, Nutrición Parenteral Domiciliaria), se debe intentar esterilizar el catéter.

Mariette, C., De Botton, M. y Piessen G. Cirugía en pacientes con cáncer de esófago y gástrico: ¿Cuál es el papel de la nutrición apoyo en tu práctica diaria? Escuela de nutriología oncológica. Latinoamérica 2012; 19:2128-34.

Calañas A, Moreno J. Soporte nutricional del paciente con cirugía de estómago y/o esófago. En Bellido D, De Luis D (ed). Manual de nutrición y metabolismo. Madrid. Díaz de santos. 2006. 401-421.