



**Nombre de alumna: *Daniela
Montserrat Méndez Guillén***

**Nombre del profesor: *L.N. Alfredo
Agustín Vázquez Pérez***

Nombre del trabajo: *Caso Clínico*

**Materia: *Nutrición y prácticas clínicas
II***

Grado: *9°*

Grupo: *A Nutrición*

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de junio de 2020

Caso clínico

La situación actual del paciente en cuanto a su estado nutricional es que el paciente se encuentra en desnutrición ya que presenta un IMC= 18.11 kg/m², el peso del paciente actualmente es de 60 kg y una talla de 1.82 m.

El peso ajustado del paciente es de 62.60 kg, un peso saludable de 80.42 kg, con un IMC= 22.99 kg/m², el peso máximo de 82.47 kg. Debido a la neoplasia que atraviesa el paciente se pretende subirlo de peso para así poder sacarlo de la desnutrición paulatinamente, el tratamiento nutricional para la elevación del peso se pretende en metas: PM1= 64 kg IMC= 19.32 kg/m², PM2= 66 kg IMC= 19.92 kg/m², PM3= 68 kg IMC= 20.52 kg/m², PM4= 70 kg IMC= 21.13 kg/m², PM5= 72 kg IMC= 21.73 kg/m², PM6=74 kg IMC= 22.34 kg/m². El plan está pensado en estas metas para evitar una desnutrición severa y evitar un síndrome de retroalimentación.

Para el cálculo del GET se utilizó la fórmula de Ireton Jones (IJEE): Las ecuaciones de Ireton-Jones (IJEE) se han desarrollado más recientemente para estimar el gasto energético total de pacientes graves en unidades de cuidados intensivos, pero también de áreas de cuidados menos críticos. Se obtuvieron a partir de mediciones de calorimetría indirecta (CI) en pacientes ingresados, correlacionando mediante análisis multivariante con variables del tipo de peso, talla, edad, sexo, presencia de obesidad, diagnóstico y conexión o no a ventilación mecánica. Respecto a esta última variable se observó que existía una diferencia significativa en el gasto energético entre los pacientes dependientes de ventilación mecánica respecto de aquellos con respiración espontánea. Respecto al paciente oncológico, muchos pacientes hospitalizados pueden ser interpretados respecto a su GET con estos cálculos o ecuaciones (2):

$$\begin{aligned} IJEE (v) &= 1.784 - 11 (E) + 5 (P) + 244 (S) + \\ &\quad + 239 (T) + 804 (Q) \\ IJEE (s) &= 629 - 11 (E) + 25 (P) - 609 (O) \end{aligned}$$

donde: IJEE = Kcal/día; (v) = dependiente de ventilación;

(s) = respiración espontánea.

(E) = edad (años); (P) = peso (kg); (S) = sexo (hombre = 1, mujer = 0).

(T) = trauma; (Q) = quemado; (O) = obesidad (presente = 1, ausente = 0).

La variable obesidad se define como un IMC > 27 o un peso > 30% peso ideal.

A continuación se muestran los cálculos del GET por IJEE

$$GEB = 629 - 11(50 \text{ años}) + 25(62 \text{ kg}) - 609(0)$$

$$GEB = 629 - 550 + 1550 - 0$$

$$GEB = 79 + 1550$$

GEB=1629 kcal

1.2 EF= 1954.8

10% ETA=195.48

GET= 1954.8+195.48= **2150.28 kcal totales**

La distribución de macronutrientes: En la dieta oral se persigue el reparto clásico [55-60% de HC, 30-35% de Lípidos (L) y 15% de Proteínas (P)], mientras que en NA se distribuye el aporte energético útil, que no real, que es superior, entre los HC y los L. **El porcentaje sobre el 100% total de ambos viene a ser de un 50-70% para los HC y de un 30-50% del total para los L.** En el paciente oncológico, el mayor o menor porcentaje de un sustrato energético sobre el otro irá basado en la enfermedad subyacente fundamentalmente, persiguiendo los menores efectos colaterales posibles de la transgresión de estas recomendaciones, lo cual puede ser factible con la utilización racional de todos los macronutrientes simultáneamente en la dieta oral. Es evidente que la distribución en el aporte de nutrientes estará condicionado por la presencia o no de resecciones intestinales, malabsorción intestinal y esteatorrea, enteritis actínica, insuficiencia respiratoria, hipercapnia, entre tantas otras situaciones clínicas posibles. (2)

El tipo de dieta hipercalórico ya que sobrepasa al 100% y así se podrá tratar de elevar el peso del paciente de manera segura.

En este caso la distribución quedo de la siguiente manera:

P 15%= 80.6355 gr.

HC 60%= 322.54 gr.

LIP 35%= 83.61 gr.

Algo importante a mencionar es que si el paciente se encuentra grave la distribución será (2):

- **P 20%**
- **HC 40-45%**
- **LIP 30-40 %**

Preguntas

1. ¿CUÁL ES EL DIAGNOSTICO Y ESTADO NUTRICIONAL DE ESTE PACIENTE?
El paciente fue diagnosticado con un carcinoma escamoso de esófago estadio II, además de presentar disfagia total, debido a la aplicación de la nutrición parenteral el paciente padece de una infección por catéter. Su estado de nutrición actual es de desnutrición leve ya que presenta un peso de 60 kg y un IMC= 18.11 kg/m².

2. ¿QUÉ ESTRATEGIA DE APOYO NUTRICIONAL ELEGIRÍA EN ESTE CASO?
Debido a las complicaciones nutricionales que padece el paciente yo seguiría con la nutrición parenteral y una vez concluida si no hay afección o alteración en la fisiología del intestino

optaría por la yeyunostomía hasta que el paciente pueda ingerir alimentos por vía oral. En la disfagia con un grado de desnutrición importante será necesaria la sueroterapia intravenosa, alimentación enteral mediante yeyunostomía o incluir la nutrición parenteral evitando no solo la desnutrición sino la deshidratación y la uremia. (1)

3. ¿QUÉ NECESIDADES NUTRICIONALES TIENE EL PACIENTE EN ESTE MOMENTO? El paciente padece de una desnutrición, las cantidades de albumina está por debajo de los valores normales por lo tanto el paciente está padeciendo una desnutrición energético-proteica leve y si los valores de albumina y creatinina comienzan a bajar más se deberá aumentar a más del 110% del GET que se está manejando. Ya que en este tipo de neoplasias es inevitable la desnutrición en el paciente, pero se debe procurar la recuperación para que así el paciente tenga una recuperación favorable tanto en la cirugía y en las quimioterapias.

4. ¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN SURGIR RELACIONADAS CON EL SOPORTE NUTRICIONAL? Las complicaciones de la nutrición parenteral son (3):

Tabla VIII
Complicaciones de la NP, actitud a seguir

Complicaciones	Causa	Actuación
MECÁNICAS		
Neumotórax Hemotórax Hematoma Punción arterial Fístula arteriovenosa Embolia gaseosa Malposición catéter Perforación cardíaca Punción plexos nerviosos Trombosis venosa Síndrome cava superior Embolia pulmonar Dislocación catéter Extravasación fluido NP Flebitis Oclusión catéter	Incorrecta inserción del catéter Uso prolongado catéter	Técnica correcta Comprobación Rx Adecuado cuidado de la vía Heparinización
SÉPTICAS		
Sepsis por catéter	Contaminación mezcla Inadecuado cuidado vía Infección a distancia	Preparación estéril Adecuado manejo vía Asepsia estricta

METABÓLICAS		
Alt. hidroelectrolíticas Alt. vitamínicas Alt. oligoelementos Hiperglucemia	Excesivo o escaso aporte	Adecuar aportes
Hipoglucemia	Excesivo aporte Sepsis, corticoides, estrés Interrupcion brusca aporte Exceso de insulina	Adecuar velocidad Insulina Glucosa i.v.
Azotemia	Excesivo aporte nitrógeno Deshidratación	Adecuar aporte Control función renal
Acidosis metabólica	Pérdida bases en orina Inadecuado aporte de bases Aporte de sales clorhidrato	Aumentar aporte acetato No sales clorhidrato
Insuficiencia cardiaca Edema pulmonar	Exceso aporte fluidos	Adecuar velocidad aporte

BIBLIOGRAFIA:

1. Oliva. C. (S.F). NUTRICIÓN PREOPERATORIA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO. VALORACIÓN A PARTIR DE LOS CRITERIOS DEL GRUPO DE APOYO NUTRICIONAL. 17/06/2020. HOSPITAL UNIVERSITARIO MANUEL FAJARDO. RECUPERADO: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/nutricion_en_cancer_de_esofago.pdf
2. Mijám de la Torre. A; Pérez. G.A. (S.F). Capitulo VIII. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Cálculo de necesidades en el paciente oncológico. 17/06/2020. Recuperado: <file:///C:/Users/DANY/Desktop/9%20cuatrimestre/px%20oncologicos%20nutricion.pdf>
3. Celaya.P.s.(S.F). Capitulo XII. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Nutrición Parenteral. 17/06/2020. Recuperado: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_12.pdf