



**Nombre de alumna: Leonela Bonilla Rodríguez**

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

**Nombre del trabajo: Caso clínico**

**Materia: Practicas en Nutrición clínica**

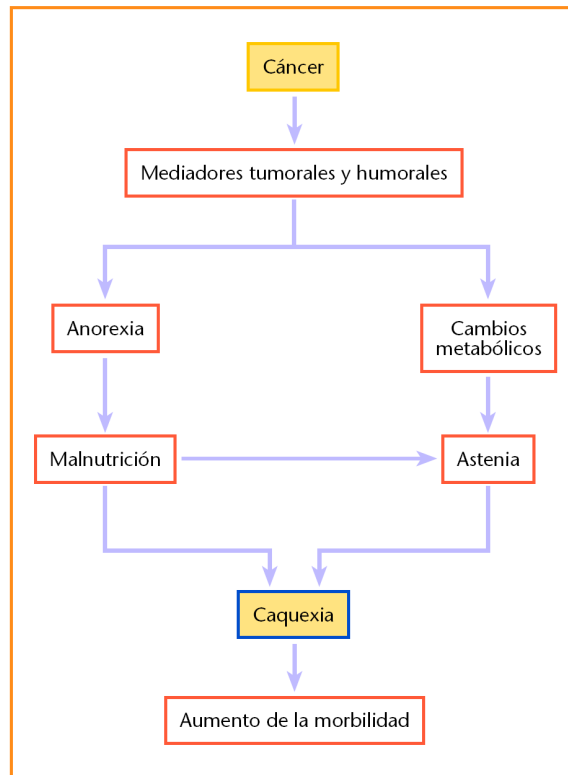
**Grado: 9no cuatrimestre**

**Grupo: Nutrición**

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de Junio de 2020.

## CASO CLINICO

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 20.2kg/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 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 62 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 39oC, 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.

#### DATOS IMPORTANTES:

Sexo: Masculino

Edad: 50 años

Peso anterior: 67 kg

Talla 1.82 m, IMC 20.2kg/m<sup>2</sup>

Peso actual: 62 kg, IMC 18.7

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

Este paciente presenta una desnutrición, dado que ha perdido un 7.4 % de su peso corporal en un mes, y que las cifras de albúmina son inferiores a 2.5 g/dl dando pauta a posibles riesgo en su salud. La prevalencia de desnutrición en el cáncer gastrointestinal es elevada usualmente como en este caso, El tipo mas común de desnutrición suele ser calórico proteica, por lo tanto necesita tratamiento nutricional de alto aporte.

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

Con este paciente la mejor opción de apoyo nutricional se debe idear conforme la falta de acceso enteral vía yeyunostomía que presenta donde la colocación de una sonda de yeyunostomía con forme varias bibliografías señalan que este tipo de sonda suele ser práctica dentro del tratamiento quirúrgico de un paciente que padece cáncer esofágico, ya con esta aumenta el porcentaje que se puede nutrir al paciente de una forma más adecuada durante todo el curso postoperatorio y así lograr cubrir las necesidades energéticas y proteicas elevadas. Pero primero se se debe optar por la nutrición parenteral ya que el paciente está desnutrido y la previsión de ayuno es superior a los 10 días siendo candidato a la misma. Donde se va buscar que haya un avance en el peristaltismo intestinal y se recupere del íleo post- quirúrgico, se podrá iniciar dieta oral progresiva según tolerancia, y se disminuirán progresivamente los aportes por vía parenteral no más de diez días y después complementar la dieta con enteral para cubrir sus requerimientos nutricionales, utilizando, si es preciso, suplementos nutricionales.



Otra manera de ayudar de manera nutricional es fraccionar las comidas pero con un alto aporte nutritivo y a su vez con un sabor apetecible debido a la enfermedad a veces se distorsiona el sentido del gusto por lo tanto es importante que sea de buen gusto y atractivo conforme las demandas del paciente lo importante es que consuma alimentos para no deprimirse más.

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

Las necesidades calóricas del paciente debido a la cirugía por cáncer de esófago las calorías totales son de 30-35 Kcal/kg de peso. Pero como el paciente tiene estrés quirúrgico y estrés por el tipo de enfermedad y que actualmente tiene sepsis por catéter se van a incrementar las necesidades calóricas hasta 35-40 Kcal/kg de peso/día. Donde las proteínas serán en función del donde serán entre 1.2 y 2 g/proteína/kg peso/día.

#### GEB

Usare la siguiente formula ya que es la preferida para pacientes oncológicos y hospitalizados además de que es mas exacto que la formula rápida aproximada.

#### Formula HARRIS BENEDICT

GEB KCAL:  $66.5 + (13.75 \times \text{Peso (kg)}) + (5.0 \times \text{talla (cm)}) - (6.78 \times \text{edad})$

$= 66.5 + (13.75 \times 65) + (5 \times 182) - (6.78 \times 50)$

$= 66.5 + 893.75 + 910 - 339 = 1621.25$

$1621.25 + \text{F. ESTRÉS DE 15\%} = 243.18 + 10\% \text{ B} = 162.12$

$= 2026.55 \text{ kcal, Con formula rápida} = 1950 \text{ kcal.}$

#### MACRONUTRIENTES. 2026 kcal

Hidratos de carbono = 52% = 263.52

Lípidos = 30% = 67.53

Proteínas = 18 % = 91.17 g ( usando 1.4 )

¿QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN SURGIR RELACIONADAS CON EL SOPORTE NUTRICIONAL?

Como el paciente tendrá parte de nutrición parenteral es probable que padezca atrofia en el sistema digestivo como la mucosa intestinal junto la aparición de disminución de la actividad enzimática. Además que con días sin un buen funcionamiento la flora intestinal se vera afectada por la ausencia actual de nutrientes en el intestino además de una



débil permeabilidad de la barrera intestinal, induciendo la translocación bacteriana. De la NP resultan complicaciones mecánicas derivadas de la implantación y mantenimiento del acceso venoso central, y por otro lado 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.

#### **COMPLICACIONES MECÁNICAS AL INSERTAR EL CATÉTER**

- Malposición del catéter
- Neumotórax
- Lesión arterial (hemotórax)
- Lesión del plexo braquial
- Lesión del conducto torácico
- Embolismo aéreo
- Embolia del catéter

#### **COMPLICACIONES MECÁNICAS TARDÍAS:**

- Obstrucción del catéter
- Trombosis venosa.
- Flebitis
- Desconexión accidental

Retirada inadvertida del catéter

#### **COMPLICACIONES BIOQUÍMICAS**

Hipoglucemia

Hiperglucemia

Estado hiperosmolar

Déficit de electrolitos

Síndrome de realimentación

Enfermedad ósea metabólica

#### BIBLIOGRAFIA:

Cervera P, Clapés J., Rigolfas R., 2004, Alimentación y dieta terapia, Mc Grae Hill

Generalitat de Catalunya, 2020, Recomendaciones dietéticas – nutricionales en oncología , Departamento de Salud Recuperado: [https://www.fcarreras.org/es/recomendaciones-dieteticas-y-nutricionales-en-oncologia\\_114203.PDF](https://www.fcarreras.org/es/recomendaciones-dieteticas-y-nutricionales-en-oncologia_114203.PDF)

Mahan L. K, Stump S.E, Raymon J.L, 2013, Krause, Dietoterapia (libro)

Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz, 2011, Administración parenteral (libro)