



CASO CLINICO

SOPORTE NUTRICIONAL

PRESENTACIÓN

-
- Mujer de 30 años.
 - DMID.
 - RAMc: sulfamidas, salazopirina.
 - Diagnosticada de enfermedad de Crohn a los 18

años:

- 2 pancreatitis por azathioprina.
- No respuesta a ciclosporina.
- Hepatotoxicidad por metrotexate.
- Corticodependencia: budesonida (9mg/día), suplementos de prednisona (30mg/día).

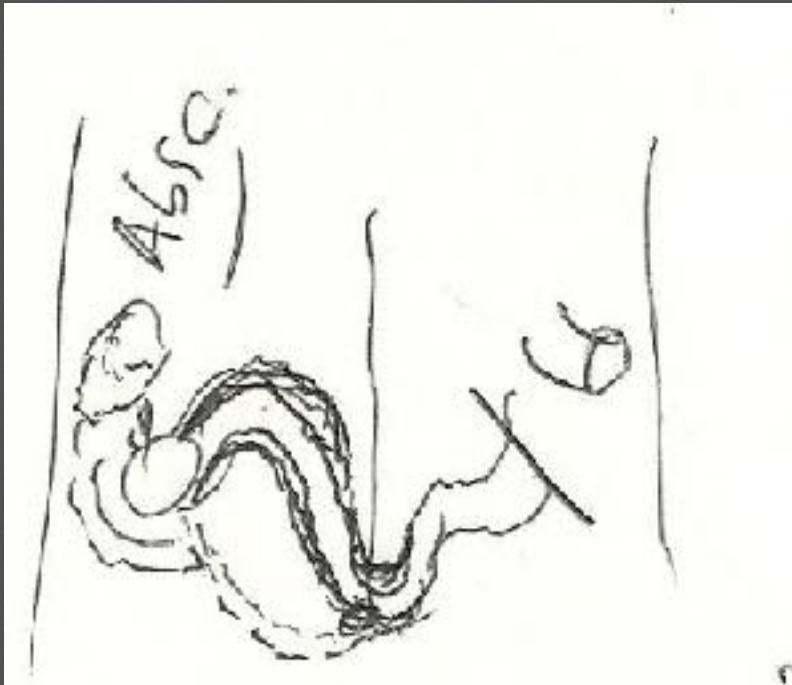
PRESENTACIÓN

Antecedentes quirúrgicos:

- Resección intestino delgado (10 cm) por obstrucción intestinal.
- 2 intervenciones por absceso en psoas por fistulización retroperitoneal de colon izquierdo.
- Colectomía subtotal y anastomosis ileo-rectal por fístulas enterocutáneas postoperatorias.
- Exéresis de zona anastomótica ileo-rectal, resección de 10 cm de intestino delgado e ileostomía de Brook por fistula enterocutánea, plastrón inflamatorio en zona anastomosis.
- Proctectomía interesfintérica por fístulas complejas perianales y recto-vaginales

Remitida a nuestro servicio con diagnóstico de:

- **Recidiva enfermedad de Crohn ileal:**
Fístulas peri-ileostomía refractarias a tto médico.



-Ileítis con fístulas y absceso peri-ileostomía.

- Fístula desde anastomosis previa.

- Estenosis distal de 30 cm.

- Exéresis de 40 cm de intestino delgado.

- Traslocación de ileostomía a FII.

SOPORTE NUTRICIONAL

¿Es el paciente candidato a soporte nutricional de inicio?

- Aunque no criterios de desnutrición al ingreso:

- IMC: 22'2. Peso: 57 kg. Talla: 160 cm.

- Albúmina, prealbúmina y transferrina dentro

parámetros

normales.

- Claramente SI:

- Enfermedad de base.

- Intervenciones quirúrgicas previas.

- Intervención quirúrgica actual.

} Síndrome de
intestino corto.

SOPORTE NUTRICIONAL

¿ Cuáles son los requerimientos calórico-proteicos?

Gasto energético basal según ecuación de Harris y Benedict: 1300.5 kcal al día.

Gasto energético total con grado de estrés de 2: Incremento 30%: 1690.6 kcal al día.

Requerimientos proteicos: 57 kg x1.6: 91g.

Requerimientos de nitrógeno: $91/6.25\text{g} = 14.56\text{g}$ (1g de nitrógeno = 6.25 g de proteína)

SOPORTE NUTRICIONAL

¿ Qué tipo de soporte nutricional requiere?

Necesidad inmediata postoperatoria.

Requiere todos los macronutrientes.

Problema malabsortivo.

Nutrición Parenteral Total Vía Central (Subclavia)

SOPORTE NUTRICIONAL

¿ Cómo calcular la NPT inicial de este paciente?

➤ **Volumen:** $30 \text{ ml/kg} = 1710 \text{ ml/día} = 2500 \text{ ml/día}$.

➤ **1690.6 Kcal/día:**

- 1335 kcal/día:

• 50% glucosa: 185 g de *glucosa*.

• 50% grasa: 67 g de *grasa*.

- 355 kcal proteicas: 14.5 g de *Nitrógeno*.

➤ Electrolitos, vitaminas y oligoelementos.

EVOLUCIÓN

Al 4º día postoperatorio y tras iniciar NUTRICIÓN MIXTA:
NUEVA FISTULA ENTEROCUTÁNEA EN ORIFICIO DE
ILEOSTOMÍA PREVIA.

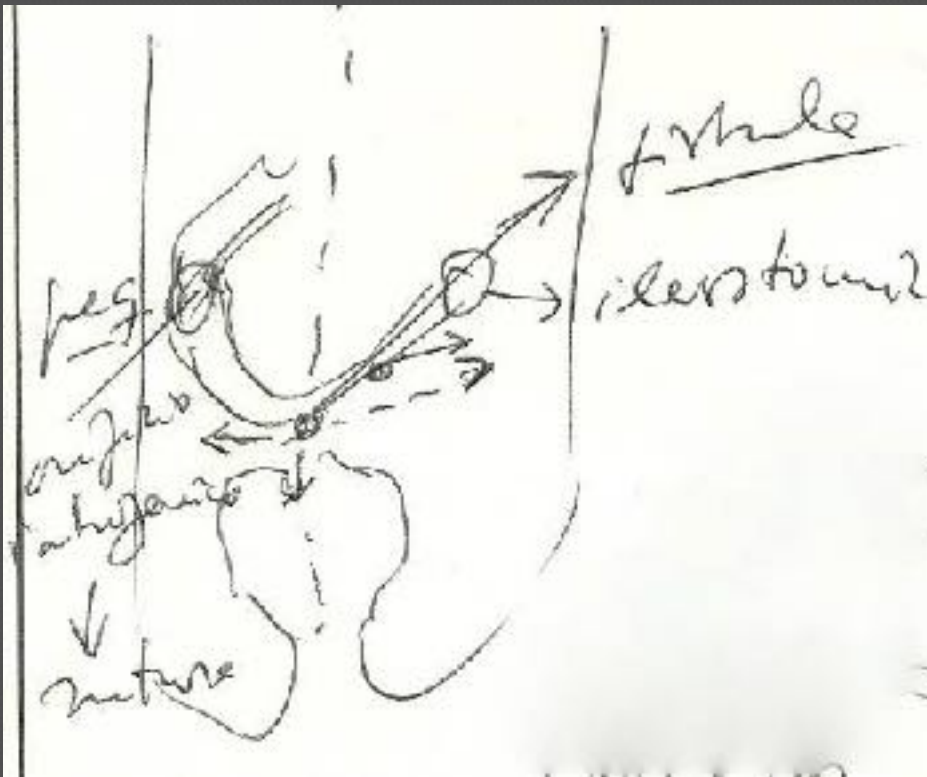
Dieta absoluta.

Tratamiento conservador fístula enterocutánea.

Continuar con NPT.

Tras 14 días se decide reintervención debido a alto débito de fístula.

SEGUNDA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



- Pequeño orificio iatrogénico.
- Fístula enterocutánea a nivel laparotomía media.
↓
- Liberación y sutura de ambos orificios y sellado con Tissucol.
- Pezzer en porción inferior de herida.

EVOLUCIÓN

Al 5° día tras segunda intervención se observa nueva fístula enterocutánea.

- Mantener NPT y controles analíticos 48-72 horas.
 - Dieta absoluta + octreotida 0.1 mg/sc/8h.
-

Al 14° día de tratamiento conservado FIEBRE 39°C

TC TORACO-ABDOMINO-PELVICO:

No se observa infección torácica ni intraabdominal.

EVOLUCIÓN

Ante sospecha de infección asociada a catéter:

- Hemocultivos.
- Suspende NPT.
- Retirada de vía central.
- Antibioterapia empírica.

SOPORTE NUTRICIONAL

Se decide iniciar Nutrición Enteral

¿ Vía de acceso?:

- Síndrome intestino corto: Colocación vía endoscópica de sonda en duodeno distal.

¿ Requerimiento energético?

- GEB: 1305 Kcal al día. GEG: 2505.6

¿ Fórmula adecuada?

- Oligomérica hipercalórica.

SOPORTE NUTRICIONAL

¿Régimen de administración?

Bomba de infusión bajo flujo continuo.

¿Dosis adecuada?

1° día: fórmula 42 ml/h = 1220 kcal/24 h + periplasmal® iv 84ml/h = 1360 kcal/24h.

2° día: fórmula 63ml/h: =1830 kcal/24 h + periplasmal® iv 63 ml/h= 1020 kcal/24h.

3° día: fórmula 84 ml/h = 2420 kcal/24h + periplasmal® iv 42 ml/h= 340 kcal/24h.

EVOLUCIÓN

9 días tras comenzar nutrición enteral:

- Mala tolerancia a ésta con alteración tránsito intestinal.
- Alto débito por fístula entero-cutánea: 3000cc/24 horas.
- Analítica: prealbúmina: 6.95 mg/dl, albúmina: 2.9 g/dl.
- Flebitis vía periférica.
- Fiebre: 38.5°C. : TC: colección intraabdominal.

EVOLUCIÓN

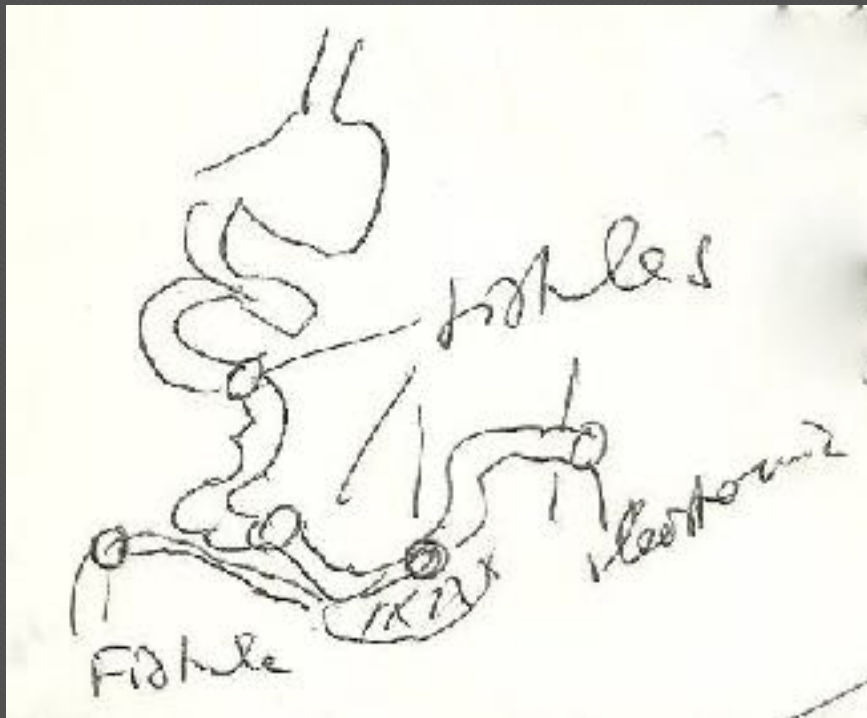
- Drenaje percutáneo de colección.
- Dieta absoluta.
- Colocación de reservorio venoso por punción subclavia

izquierda: NPT.

Tras 20 días se decide nueva intervención quirúrgica por:

- Fiebre.
- Persistencia de colección en TC de control.
- Alto débito por fístula enterocutánea (3000 cc/24 horas).

TERCERA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



- 4 fístulas



- Liberación intestinal y enterorrafia transversal de 2 fístulas.
- Resección intestinal de 15 cm.
- Reimplantación ileostomía.

EVOLUCIÓN

-Al 6º día postoperatorio:

NUEVA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA en orificio de ileostomía previa.

Se decide tratamiento conservador:

NPT + incorporación progresiva de nutrición enteral

- Al 24º día postoperatorio tras disminución de débito por fístula y mejoría clínica del paciente se decide:

ALTA HOSPITALARIA 93 DÍAS TRAS INGRESO.

SOPORTE NUTRICIONAL

Soporte nutricional al alta:

- Recomendaciones alimentarias para la resección intestinal.
- Complejo vitamínico vit. B.
- NPT cíclica nocturna con 1800cc/12 horas.
- Octreotida 0.1 mg/sc/8h.
- Monitorización diaria de constantes y balance hídrico.
- Control analítico cada 10-15 días.