

MANEJO DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTE CON ALTERACIÓN HEPÁTICA



Autor: Celia Juez Santamaría
Revisor: Amelia Chica Marchal



ANTECEDENTES

Paciente varón de 51 años con los siguientes antecedentes médicos:

- DM2 en tratamiento con sitagliptina.
- Carcinoma gástrico tratado con quimioterapia y radioterapia adyuvante tras gastrectomía y yeyunostomía parcial con respuesta completa.
- Recientemente presenta progresión del adenocarcinoma gástrico con carcinomatosis peritoneal + colocación de prótesis biliar reciente.



PRUEBAS DE VALORACION OBJETIVAS Y SUBJETIVAS



El paciente acude a urgencias con dolor abdominal, vómitos y epigastralgia de 7 días de evolución.

Afebril (36,5°C), normotenso (135/77 mmHg), FC de 100 lpm, Sat O₂: 95%



TAC toraco abdominal : colección subescapsular en lóbulo hepático derecho relacionado con cirugía reciente de prótesis biliar. **SIGNOS DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL CON MODERADA ASCITIS MULTICOMPARTIMENTAL.** Portador de prótesis endobiliar por ictericia obstructiva de causa tumoral.

PRUEBAS DE VALORACION OBJETIVAS Y SUBJETIVAS



BIOQUIMICA	INGRESO	+5	+7	+13	+19	+27	+28
Glucosa (74 – 100mg/dL)	236	334	179	123	241	137	114
Bilirrubina total (0,30-1,20mg/dL)	4,36	2,92	2,63	2,50	1,70		
Bilirrubina directa (0, -0,30mg/dL)	4,20	2,91	2,47	2,46	1,64		
TG (<200mg/dL)		315	217		118		
GOT (5-40U/L)	41	75	78	137	70	38	35
GPT (5-41U/L)	32	52	48	75	78	40	32
GGT (10-71 U/L)	241	623	583	815	1384	940	806
FA (28-100 U/L)		368	349	434	507	381	342



DIAGNÓSTICO

- Recidiva peritoneal de Adenocarcinoma gástrico (carcinomatosis peritoneal).
- Colestasis extrahepática.
- Ictericia obstructiva.
- Intolerancia a la nutrición por VO.



HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA Y MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Tras valoración nutricional y diagnóstico de desnutrición mixta se inicia NP estandarizada (día +1).

El día +4 se prescribe **NP INDIVIDUALIZADA**:

Fórmula de Mifflin-St.Jeor (2.145 kcal totales):

- ❖ Aporte proteico en pacientes oncológicos es de 1,3 g/kg/día (400 kcal, 16 g de nitrógeno).
- ❖ 60% del resto de KcalNP en hidratos de carbono (260 g).
- ❖ 40% del resto de KcalNP en lípidos (77 g de Smofflipid 20%).
- ❖ Volumen total= 30 mL/kg/día (2400 mL).
- ❖ + vitaminas y electrolitos.



EVOLUCIÓN CLÍNICA

BIOQUIMICA	INGRESO	+5	+7	+13	+19	+27	+28
Glucosa (74 – 100mg/dL)	236	334	179	123	241	137	114
Bilirrubina total (0,30-1,20mg/dL)	4,36	2,92	2,63	2,50	1,70		
Bilirrubina directa (0, -0,30mg/dL)	4,20	2,91	2,47	2,46	1,64		
TG (<200mg/dL)		315	217		118		
GOT (5-40U/L)	41	75	78	137	70	38	35
GPT (5-41U/L)	32	52	48	75	78	40	32
GGT (10-71 U/L)	241	623	583	815	1384	↓ 940	↓ 806
FA (28-100 U/L)		368	349	434	507	↓ 381	↓ 342

- ❖ Día+5 : **DISMINUCIÓN DE LÍPIDOS** en la NP a 60 gramos (0,75g/kg/día).
- ❖ Día+13: **ADMISNITRACIÓN CÍCLICA** durante 14 horas.
- ❖ Día +19 : se deja de ciclar la NP y se eliminan los lípidos durante 4 días consecutivos.
- ❖ Aportar los lípidos a días alternos reduciendo la dosis (0,37g/kg/día). Se observa un descenso en las enzimas hepáticas sugestivas de colestasis.
- ❖ Día +35: se suspende la NP y se inicia 2 suplementos orales al día hipercalóricos e hiperproteicos.
- ❖ Día +52 fallece por progresión de su enfermedad.

DISCUSIÓN

40-70% Pacientes con NP presentan alteraciones en el perfil hepático.

MANEJO:

- ❖ Progresar cuanto antes a NE.
- ❖ Evitar la sobrealimentación de la NP **REDUCIENDO LA DOSIS DE LÍPIDOS** a menos de 1g/kg/día y utilizar una emulsión lipídica baja en omega-6 y con contenido de omega-3.
- ❖ **ADMINISTRAR LA NP DE MANERA CÍCLICA** durante menos de 24 horas. Velocidad de administración de la NP = velocidad máxima de infusión de los lípidos es de 0,1-0,125 g/kg/h.

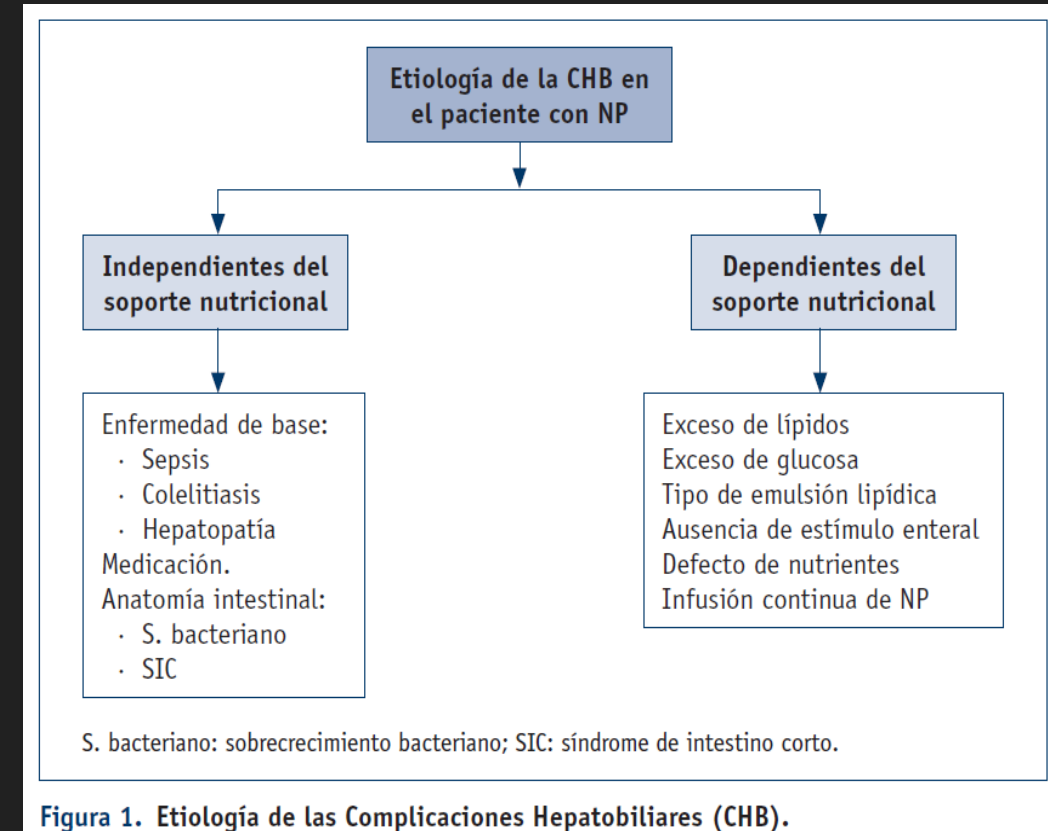


Figura 1. Etiología de las Complicaciones Hepatobiliares (CHB).

CONCLUSIÓN

- ❖ Validación de la valoración nutricional inicial.
- ❖ Elaboración de la NP individualizada.
- ❖ Seguimiento del estado nutricional y validación del ajuste electrolítico.
- ❖ Ajuste de la velocidad de infusión de la NP.
- ❖ Recomendación de la disminución en la dosis de lípidos y administración a días alternos.
- ❖ Validación del suplemento oral que más se ajuste a las necesidades del paciente.
- ❖ Validación del tratamiento hospitalario durante su ingreso.



BIBLIOGRAFÍA



1. Roman L, Guerra D, García Luna P, Olvera Fuster G. Dietoterapia nutrición clínica y metabolismo. Tercera ed. Aulamédica, editor. Toledo; 2017. 772–774 p.
2. Vaquerizo Alonso C, Bordejé Laguna L, Fernández-Ortega JF, Bordejé Laguna ML, Fernández Ortega JF, García de Lorenzo y Mateos A, et al. Recomendaciones para el tratamiento nutrometabólico especializado del paciente crítico: introducción, metodología y listado de recomendaciones. Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades C. Med Intensiva. 2020;44:1–14.
3. Lal S, Pironi L, Wanten G, Arends J, Bozzetti F, Cuerda C, et al. Clinical approach to the management of Intestinal Failure Associated Liver Disease (IFALD) in adults: A position paper from the Home Artificial Nutrition and Chronic Intestinal Failure Special Interest Group of ESPEN. Clin Nutr. 2018;37(6):1794–7.
4. Arenas Villafranca JJ, Nieto Guindo M, Álvaro Sanz E, Moreno Santamaria M, Garrido Siles M, Abilés J. Effects of cyclic parenteral nutrition on parenteral-associated liver dysfunction parameters. Nutr J. 2017;16(1):1–5.
5. Marc Stout S, Petrea Cober M. Metabolic effects of cyclic parenteral nutrition infusion in adults and children. Nutr Clin Pract. 2010;25(3):277–81.

GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

