

SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL Y PARENTERAL DE UN SÍNDROME DE INTESTINO CORTO CON DUODENOSTOMÍA EN FALLA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Autor: ND Esp. Cinthia Pacheco Aldana

Unidad de Soporte Nutricional y Metabólico

Hospital Militar de Caracas "Dr. Carlos Arvelo" - Venezuela

cpachecoaldana@gmail.com

Tema 13. Otros

INTRODUCCION

❖ La necrosis intestinal en adultos sobre una mucosa entérica isquémica sólo es abordable quirúrgicamente, conllevando por la extensión de la resección masiva a un síndrome de intestino corto (SIC) caracterizado por malabsorción, deshidratación y desequilibrio electrolítico relacionado a la longitud y tipo de intestino resecado, instaurar un soporte nutricional especializado es vital para reducir la morbilidad y desnutrición grave.

Objetivo: Dar a conocer el abordaje nutricional enteral y parenteral de nuestra unidad interdisciplinaria como soporte metabólico en la rehabilitación de pacientes adultos con síndrome de intestino corto en falla intestinal.

RESULTADOS

Planteamiento y progreso de la terapia nutricional

Fase Insuficiencia intestinal

Resección amplia de yeyuno – ileon + cecostomía (desde Nov. 2012)

NPT prolongada
Ingreso hospitalario

Noviembre – Diciembre 2013. 1

Fase de estimulación trófica

Síndrome de intestino corto en falla intestinal

NPT : mezclas 2:1 - 3:1
NE: Glutamina polvo 25 g/día
Enero – Marzo 2014. 2

Fase de adaptación intestinal

Portador de duodenostomía
funcionante terminal

NPT + Fórmula semielemental
+ Glutamina polvo 40 g/día

Abril – Mayo 2014. 3

Fase de rehabilitación intestinal

Restitución del tránsito intestinal

NP + Fórmula polimérica enteral
+ Glutamina polvo 20 g/día

Mayo – Junio 2014. 4

Fase de soporte domiciliario

Egreso hospitalario

NP domiciliaria

Dieta semi-blanda baja en residuos
via oral + fórmula polimérica
de suplemento

Junio 2014. 5

Presentación del caso clínico:

Ingresó paciente masculino de 57 años requiriendo hospitalización en UCI por síndrome febril aséptico bacteriemia, con antecedente de SIC y portador de duodenostomía de 4ta porción a sonda de Foley, la situación nutricional era dependencia a NPT recibiendo el requerimiento mínimo 50% durante el primer año. Su valoración nutricional al ingreso, clasificó en "desnutrición moderada" con IMC de 19,6, albúmina sérica de 2,4 g/dl, 16% de pérdida de peso previa y depleción muscular. Se propuso un esquema de apoyo nutricional cuyo objetivo además de nutrir al inicio por vía parenteral y revertir hipercatabolia, encamina a fomentar la nutrición intraluminal del enterocito principal factor estimulante del intestino remanente (51 cm de asa delgada), siendo posible para día 163 la incorporación de la NE de forma progresiva con respuestas esperables en recuperación nutricional y mejor pronóstico para cirugía autóloga de reconstrucción. La importancia de este caso radica en la magnitud de la resección y de las alteraciones secundarias en aspectos nutricionales, infecciosos y de la función hepática, lo que permite evaluar la terapia instaurada en base a las guías clínicas de manejo actuales.

Conclusiones: Aún es difícil pronosticar qué longitud de intestino resecado originará un síndrome de intestino corto intratable por vía enteral o bien qué cantidad de intestino residual mínimo es capaz de seguir la adaptación posterior. Un alto grado de insuficiencia intestinal se contemplaba, no obstante a través del apoyo médico-nutricional se logró recuperar la funcionalidad intestinal, cambiar el pronóstico de trasplante y la calidad de vida del paciente, recibiendo un protocolo de nutrición mixta con nutrientes específicos y egresando satisfactoriamente a un programa de NE domiciliaria con incorporación de la dieta oral.