

Caso clínico

Nutrición parenteral domiciliaria en paciente con enfermedad de Crohn; a propósito de un caso

N. Lago Rivero, A. Mucientes Molina, A. Paradela Carreiro, C. Vázquez Gómez, I. Arias Santos, S. González Costas y A. Regueira Arcay

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Xeral-Cíes). Vigo. Pontevedra. España.

Resumen

Paciente diagnosticada de Enfermedad de Crohn con patrón inflamatorio que evoluciona a estenosante-perforante, provocando una perforación abdominal con peritonitis fecaloidea. Es sometida a tres intervenciones quirúrgicas, derivando en numerosas complicaciones y una evolución clínica tórpida.

Dado el estado de desnutrición al ingreso se le prescribe Nutrición Parenteral Total (NPT), prolongándose la administración durante más de 10 meses. En este periodo se le suspende durante 5 días, pero la persistencia de una fístula enterocutánea provoca la restauración de la NPT.

Tras su estabilización clínica, la paciente es dada de alta hasta recuperación de su estado nutricional necesario para realizar una cirugía de reconstrucción del intestino, continuando con NPT en su domicilio.

Después de 7 meses y medio, la paciente con un estado nutricional óptimo, es sometida a la intervención quirúrgica, evolucionando favorablemente y suspendiendo la NPT a los 9 días.

(*Nutr Hosp.* 2012;27:1655-1657)

DOI:10.3305/nh.2012.27.5.5884

Palabras clave: *Nutrición parenteral domiciliaria. Enfermedad de Crohn.*

Abreviaturas

NPT: Nutrición Parenteral Total.

HADO: Hospitalización a Domicilio.

Introducción

La Enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico que cursa con brotes intermitentes de inflamación y remisión. Puede afectar a todo el tracto gastroin-

Correspondencia: Natividad Lago Rivero.
Servicio de Farmacia.
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Xeral-Cíes).
C/ Pizarro, 22.
36202 Vigo. Pontevedra. España.
E-mail: natividad.lago.rivero@sergas.es

Recibido: 11-IV-2012.
Aceptado: 20-VI-2012.

HOME PARENTERAL NUTRITION IN CROHN'S DISEASE PATIENT; A CASE REPORT

Abstract

Patient diagnosed with Crohn's Disease with inflammatory pattern that evolves stenosing-piercing, causing abdominal perforation and fecal peritonitis. She was underwent to three surgeries, leading to numerous complications and a torpid clinical course.

Given the state of malnutrition on admission it was prescribed Total Parenteral Nutrition (TPN), extending the administration for more than 10 months. In this period the TPN is suspended for 5 days, but the persistence of an enterocutaneous fistula causes the restoration of the TPN.

After clinical stabilization, the patient is discharged to recover her nutritional status necessary to perform a bowel reconstruction surgery, continuing with TPN at home.

After 7 and a half months, the patient with an optimal nutritional status, undergoes surgery, evolving favorably and suspending the TPN at 9 days.

(*Nutr Hosp.* 2012;27:1655-1657)

DOI:10.3305/nh.2012.27.5.5884

Key words: *Home parenteral nutrition. Crohn's disease.*

testinal desde la boca hasta el ano y junto con la colitis ulcerosa pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales^{1,2}.

Su etiología es desconocida e intervienen factores genéticos y ambientales. Las lesiones anatomopatológicas de inflamación se inician con aftas que con el tiempo se ulceran, evolucionan a estenosis o fístulas y sobrepasan el tubo digestivo. Suelen afectar a una única zona del tracto digestivo y, con frecuencia, esta localización se mantiene estable a lo largo de la enfermedad; sin embargo, el comportamiento de la inflamación empeora con el tiempo de evolución^{1,3}.

Caso clínico

Paciente de 23 años diagnosticada de enfermedad de Crohn de localización ileal. Inicialmente presenta un patrón inflamatorio que evolucionó a estenosante (cri-

sis suboclusivas ocasionales) y posteriormente a perforante, desembocando en una perforación abdominal con peritonitis fecaloidea que motivó 3 intervenciones quirúrgicas durante una estancia en el extranjero.

Debido a las numerosas complicaciones postoperatorias, síndrome de intestino corto y fístula enteroentérica y enterocutánea, es trasladada a nuestro centro hospitalario. Al ingreso presenta febrícula, infección de la herida con dehiscencia cutánea y desnutrición severa. Es portadora de una ileostomía de protección, fistulización dirigida a nivel de anastomosis ileo-cólica con sonda Petzer y drenajes abdominales.

Desde el ingreso se inicia Nutrición Parenteral Total (NPT) instaurando los aportes gradualmente. Durante todo el periodo se realiza un seguimiento por parte de la Sección de Nutrición del Servicio de Farmacia. La NPT se elabora diariamente ajustando los aportes según los parámetros bioquímicos y su evolución clínica.

Tras 7 días, desarrolla un cuadro de colestasis, por lo que se decide reducir y posteriormente eliminar el aporte de lípidos en la NPT.

El día 68 se retira la NPT por inicio de tolerancia oral, siendo reintroducida a los 5 días por persistencia de fístula enterocutánea que ocasiona un cuadro de fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso importante.

Tras retirada de drenajes y de sonda Petzer e introducción de tratamiento con Infliximab, el día 85 recibe el alta hospitalaria, continuando con la NPT en su domicilio hasta recuperación de su estado nutricional necesario para someterse a una intervención de reconstrucción intestinal. Es seguida ambulatoriamente por la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HADO) y la Sección de Nutrición Parenteral del Servicio de Farmacia.

La NPT se elabora diariamente en el Servicio de Farmacia, y personal de la Unidad de HADO se encarga de su administración, del mantenimiento de la vía de infusión y del seguimiento clínico de la paciente. Así mismo, la paciente y su familia recibieron instrucciones para el manejo del equipo de administración. Esto permitió que a pesar de las limitaciones intrínsecas, la paciente pudiese adaptar la administración de la NPT a su actividad diaria. Además, todas las semanas se realizó una bioquímica general, cuyos resultados nos han permitido realizar un seguimiento de la paciente y modificar los aportes según sus necesidades.

Durante este periodo, el aporte diario (media \pm desviación estándar) de macronutrientes fue de $12,2 \pm 0,62$ g de nitrógeno y 1.400 ± 71 kcal no proteicas. Respecto a los micronutrientes los aportes medios fueron: sodio $92 \pm 14,2$ mEq, cloro $82,6 \pm 14,6$ mEq potasio $100 \pm 36,4$ mEq, fósforo $10,6 \pm 1,3$ mEq, calcio $7 \pm 0,03$ mEq, magnesio $11,7 \pm 0,06$ mEq y zinc 3 mg. Una vez a la semana se incorporan en la mezcla oligoelementos (Mn, Cr, Cu, Se).

En cuanto a la evolución de los parámetros bioquímicos (media \pm desviación estándar): glucosa $95 \pm$

$15,1$ mg/dl (rango 70-100), urea $56 \pm 25,1$ mg/dl (rango 10-50), creatinina $1 \pm 0,18$ mg/dl (rango 0,6-1,2), natremia $136 \pm 1,7$ mg/dl (rango 135-145), cloremia $94 \pm 5,5$ mg/dl (rango 96-110), potasemia $3 \pm 0,47$ mg/dl (rango 3,5-5,1), albúmina $4 \pm 0,3$ mg/dl (rango 3,5-5,2), proteínas totales $7 \pm 2,9$ mg/dl (rango 6,2-8,3), fosfatemia $4 \pm 0,57$ mg/dl (rango 2,6-4,5), calcemia $10 \pm 0,43$ mg/dl (rango 8,4-10,4), magnesemia $2 \pm 0,49$ mg/dl (rango 1,6-2,5), GOT $70 \pm 27,7$ mg/dl (rango 4-37), GPT $150 \pm 89,4$ mg/dl (rango 10-50), fosfatasa alcalina $291 \pm 163,5$ mg/dl (rango 80-300).

Tras 7 meses y medio en su domicilio con NPT, la paciente con un IMC = 18,63 y una prealbúmina de 32,9 mg/dl (rango 20-40), es sometida a una reconstrucción de intestino, evolucionando favorablemente y suspendiendo la NPT a los 9 días.

Discusión

La nutrición parenteral domiciliaria se ha comportado como un soporte nutricional adecuado permitiendo revertir el estado de desnutrición de la paciente, necesario para afrontar con éxito la reconstrucción intestinal. Además, la colaboración multidisciplinar de todos los profesionales implicados ha permitido que la administración de la NPT en el domicilio sea una técnica segura y eficaz.

La nutrición parenteral domiciliaria es una práctica en continuo crecimiento por las ventajas que comporta, para el sistema sanitario en general, al disminuir la estancia hospitalaria, y para el paciente, debido a la posibilidad de permanecer en un entorno familiar más confortable.

No obstante, es un procedimiento que requiere un esfuerzo educativo considerable por parte del paciente, su familia y el equipo sanitario. El paciente candidato debe recibir entrenamiento e información adecuada para llevar a cabo este programa de soporte nutricional. Para ello, es necesaria una capacidad cognitiva y una motivación por parte del paciente, y un apoyo familiar adecuado.

Las principales complicaciones asociadas a la administración de NPT en el domicilio son la oclusión del catéter, los desequilibrios hidroelectrolíticos, las descompensaciones glucémicas y la infección de catéter. Todas ellas son prevenibles con una apropiada instrucción del manejo de las vías de administración y un adecuado seguimiento del paciente por parte de los profesionales sanitarios, y en cualquier caso, tienen solución en el medio ambulatorio⁴.

Teniendo en cuenta lo anterior, la administración de NPT en el domicilio permite mejorar el estado nutricional de los pacientes que no tienen funcional el tracto digestivo, reducir costes de hospitalización y mejorar la calidad de vida, al hacer compatible el soporte nutricional con la mayoría de las actividades habituales del paciente, lo que justifica su uso creciente en los sistemas sanitarios más avanzados⁵.

Referencias

1. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2011; 140 (6): 1785-94.
2. Cummings JR, Keshav S, Travis SP. Medical management of Crohn's disease. *BMJ* 2008; 336 (7652): 1062-6.
3. Peyrin-Biroulet L, Loftus EV Jr, Colombel JF, Sandborn WJ. The natural history of adult Crohn's disease in population-based cohorts. *Am J Gastroenterol* 2010; 105 (2): 289-97.
4. Gómez Candela C, Iglesias C, Cos A, Castillo R, grupo NADYA-SENPE. Programa de atención nutricional domiciliaria: perspectivas. *Nutrición y Obesidad* 2000; 3: 306-314.
5. Puntis JW. Nutricional suporta t home and in the community. *Arch Dis Chile* 2001; 84: 295-298.