

Nombre del alumno: Itzel Rocío Avalos Cruz

Nombre del profesor: Nefi Alejandro Sánchez Gordillo

Nombre del trabajo: Apoyo nutricional, nutrición enteral

Materia: Prácticas en nutrición clínica II

Grado: 9no

Grupo: "A"

Tapachula Chiapas a 06 junio 2020

INTRODUCCIÓN

Muchas personas en estado de desnutrición y enfermas de forma crítica necesitan apoyo nutricional o lo que se conoce como “nutrición adicional”. La alimentación artificial, para la que se utilizan mezclas ya preparadas de nutrientes y no comida, es una forma común de apoyo nutricional. El apoyo nutricional se destina a aumentar la cantidad de masa muscular. Por lo general, proporciona calorías, así como vitaminas y minerales.

El apoyo nutricional incluye una sonda, que por lo general se introduce a través de la nariz o a través de la piel en el interior del estómago o el intestino y un catéter insertado en una vena lo que sería alimentación intravenosa.

Con la alimentación por sonda, los nutrientes van directamente al estómago o al intestino delgado.

Los profesionales de la salud deben administrar cuidadosamente los métodos de alimentación artificial para asegurar que las personas están recibiendo los nutrientes que necesitan y evitar problemas, como las infecciones.

La era de la nutrición enteral moderna inicia al final del siglo xviii cuando John Hunter administró alimentación licuada al estómago a través de un catéter con una jeringa, esta alimentación consistía de gelatinas, huevos, agua, azúcar y leche o vino. En 1910 se marcó un gran avance para la nutrición enteral, Max Einhorn propuso la alimentación a nivel duodenal como reemplazo de la alimentación rectal cada vez que por alguna razón se encontrara contraindicada la alimentación gástrica, por lo que la alimentación rectal fue desechada por la inadecuada absorción de nutrientes por esa vía así como la gran irritación que se causaba. Einhorn fue el primero en sugerir la administración lenta de alimentación líquida permaneciendo ésta a temperatura ambiente, esta alimentación constaba de 240 ml de leche, un huevo crudo y 15 g de lactosa.

Posteriormente se inicia la alimentación oroyeyunal para pacientes quirúrgicos, siendo un éxito en 1939 con las aplicaciones de Ravdin y Stengel. Los equipos para alimentación enteral permanecieron obsoletos hasta 1959, cuando Barron describe una técnica en donde ajustaba un balón con mercurio en la punta de un tubo de alimentación como adyuvante para el avance de dicho tubo a porciones más distales del intestino. Esta alimentación consistía en una mezcla de 500 ml de leche, 175 g de proteína de hígado hidrolizada, 300 g de cereal parcialmente hidrolizado, 75 g de leche en polvo y cuatro huevos.

La nutrición enteral ha sido empleada a nivel mundial como la única fuente de nutrición o como suplemento de dietas orales inadecuadas. Su uso se ha extendido como una práctica de primera elección en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición que tienen un intestino mínimamente funcional y no son capaces de cubrir sus requerimientos calórico-proteicos por vía oral.

Características generales de las fórmulas enterales; por lo general, 1 500 calorías de las fórmulas nutricionalmente completas son suficientes para cubrir al 100% los requerimientos de micronutrientes. La mayor parte de las fórmulas contiene oligosacáridos o polisacáridos. Por otra parte, debido a la prevalencia de intolerancia a la lactosa, la mayoría de las fórmulas enterales para adultos no la contienen, la fibra se añade a algunas fórmulas enterales, por lo que es de gran importancia saber si la fuente de fibra es soluble o insoluble, aunque gran parte de las fórmulas contiene una combinación de ambas. El uso de fórmulas enterales suplementadas con fibra debe ser monitoreado de cerca, particularmente en individuos en estado crítico, pues se han reportado casos de obstrucción intestinal en este grupo de pacientes.

En la actualidad, los triglicéridos de cadena corta no se añaden a las fórmulas debido a que son producidos en el colon como resultado de la digestión de los carbohidratos y las fibras no digeribles. Algunas fórmulas enterales contienen lípidos estructurados como fuente de grasa que tienen como característica la mezcla de ácidos grasos de cadena larga y ácidos grasos de cadena media en la misma molécula de glicerol. Algunas fórmulas enterales se han diseñado con una relación alterada de ácidos grasos omega 6 y omega 3 para incluir más de estos últimos por su efecto antiinflamatorio. Proteínas Actúan como fuente de nitrógeno y de energía en las fórmulas enterales, las cuales pueden contener proteínas intactas, hidrolizadas o incluso aminoácidos libres. En la mayoría de las fórmulas, el agua oscila entre 70 y 85% del volumen total, as fórmulas enterales no están diseñadas para cubrir los requerimientos de líquidos de los pacientes.

La osmolaridad en las fórmulas enterales; osmolaridad se refiere a la concentración o presión osmótica ejercida por las partículas de soluto en un líquido y se expresa como miliosmoles por kilogramo de agua . La osmolaridad de las fórmulas enterales usualmente se encuentra en un rango de 270 a 700 mOsm/kg. Sin embargo, la osmolaridad de las fórmulas enterales poco tiene que ver con la tolerancia ante la fórmula, la cual depende más de la severidad de la enfermedad.

Las causas más comunes para proporcionar nutrición enteral son; imposibilidad de ingesta o alteraciones en la capacidad de ingesta, aumento de las necesidades nutritivas, alteraciones en la absorción de nutrimentos, necesidad relativa de reposo intestinal.

Y de ninguna forma debe suministrarse en pacientes con obstrucción intestinal completa, hernia umbilical, adherencias, cáncer de colon, fístulas enterocutáneas, íleo prolongado, hemorragia digestiva alta y enfermedades inflamatorias del colon, las vías de acceso son nasogástrica u orogástrica, nasoduodenal u oroduodenal, nasoyeyunal u oroyeyunal, gastrostomía y yeyunostomía.

En la actualidad los materiales para lograr la nutrición enteral, son; el contenedor de la fórmula, que podría ser una bolsa flexible o bien una botella semirrígida, una línea de administración, existen dos, para administración por gravedad o por bomba, Sonda para nutrición enteral nasoentéricas o por cirugía, La longitud de la sonda depende del tramo que queramos alcanzar. La mayoría de las sondas para adultos miden entre 100-120 cm y son aptas para alcanzar el estómago y el duodeno y finalmente fiador o guía y lastre.

CONCLUSIÓN

La nutrición enteral se elige cuando puede utilizarse el tracto digestivo, la fórmula prescrita a cada paciente es seleccionada de manera individual, la vía y pauta de administración puede determinar la tolerancia y en todo momento debe vigilarse la aparición de complicaciones mecánicas, gastrointestinales e infecciosas.

El cumplimiento de cada indicación para proporcionar la nutrición enteral es esencial para la correcta evolución del paciente.