

Nombre del alumno: Itzel Rocío Avalos Cruz

**Nombre del profesor: Nefi Alejandro
Sánchez Gordillo**

**Nombre del trabajo: Soporte nutricio en
pacientes críticos**

Materia: Nutrición en la práctica clínica II

Grado: 9no

Grupo: "A"

Tapachula Chiapas a 22 de mayo del 2020

INTRODUCCIÓN

La desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema común en todos los niveles de la asistencia sanitaria. En el caso de los hospitales, aparece en situaciones de enfermedad aguda y procesos crónicos agudizados. Por diferentes motivos, en el paciente hospitalizado es frecuente que la ingesta de alimentos sea inferior a las necesidades y este hecho se correlaciona con peores resultados evolutivos.

La enfermedad altera el apetito, la capacidad de comer y procesar la comida, así como las necesidades nutricionales de las personas.

Es por ello que un correcto soporte nutricional en cada paciente es la mejor forma de obtener resultados positivos y una significativa evolución en el proceso de recuperación.

Los grupos más afectados son los pacientes con enfermedades neoplásicas, cardiovasculares y respiratorias. El impacto negativo de la desnutrición del paciente genera incremento de la morbilidad y la mortalidad, se prolongan las estancias, aumentan la dependencia y los reingresos, se deteriora la calidad de vida y los costos por tratamientos son mayores. (Álvarez-Hernández J. 2014).

Un paciente es considerado en estado crítico cuando sus signos vitales no son estables, frecuentemente el paciente está en la unidad de cuidados intensivos y la muerte podría ser inminente.

En ellos inmediatamente se aplica el soporte vital, que es cualquier técnica para preservar la vida cuando fallan uno o más órganos vitales. Esto puede ser provocado por varios eventos como traumatismos, infecciones, cáncer u otras enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son la diálisis, la ventilación mecánica, la aplicación intravenosa de ciertos medicamentos y la nutrición artificial. En esta estancia es de gran importancia el soporte nutricional que consta de la nutrición enteral y parenteral de última opción, ya que es más riesgosa y tiene un costo mayor.

Los principales objetivos del soporte nutricional son; corregir la deficiencia específica de nutrientes originada por la enfermedad en curso, satisfacer las necesidades calóricas para mantener la masa magra corporal del paciente, aportar nutrientes adaptados a sus requerimientos, según grado de estrés, edad, peso, talla, enfermedad base, entre muchas cosas más, frenar el catabolismo proteico y regular la lipólisis y la hiperglucemia, disminuir las complicaciones del paciente crítico. Se debe tomar en cuenta que las características especiales de la respuesta metabólica al estrés que tiene lugar en cada paciente condicionan todos los aspectos del soporte nutricional, por lo que el tratamiento debe ser integral.

Las herramientas de evaluación nutricional convencionales no están validadas para uso en pacientes críticamente enfermos. La interpretación de los parámetros habituales de evaluación nutricional se ven influenciados por cambios debido a la enfermedad o al tratamiento, por lo que se considera usar alternativas y distintos tipos de fórmulas de estimación.

¿Cuándo iniciar el soporte nutricional?

El aumento del gasto energético y el hipercatabolismo proteico, característico del paciente críticamente enfermo, lo llevan en poco tiempo a un estado de desnutrición, un problema que es tiempo de evolución mucho menos frecuente y más largo en situaciones de ayuno sin complicaciones, o en enfermedad aguda leve. La nutrición enteral temprana debe iniciarse dentro de las 24 a 72 horas después de haber comenzado el evento que condujo a la hospitalización, introducir el soporte nutricional en ese lapso de tiempo tendría

efectos beneficiosos en el mantenimiento de la integridad intestinal, modulación de la respuesta inflamatoria local, sistémica y estrés. (Rev Cubana AlimentNutr Vol. 26).

Eso en aspectos generales, pero si se estima que el paciente no recibirá nutrición por vía oral en los tres días siguientes al ingreso, deberá recibir nutrición parenteral en las primeras 24-48 hrs para evitar riesgos que comprometan el estado nutricional del paciente, en caso de que esa no fuese la situación, se brindaría nutrición enteral dentro de las primeras 24-48 hrs de ingreso al hospital.

Para evaluar las necesidades energéticas en los pacientes críticos se utiliza la calorimetría indirecta que mide el volumen de O_2 consumido y el volumen de CO_2 producido y calcula el gasto energético en reposo, también la ecuación por Harris Benedict que de igual forma calcula el gasto energético y la ecuación por Ireton-Jones que fue específicamente desarrollada para el cálculo energético en pacientes críticos y puede utilizarse en obesos.

Generalmente se recomienda una ingesta calórica de 25-30 kcal/kg/día para la mayoría de los pacientes en estado crítico y para los pacientes críticos en fase aguda de 20-25 kcal/kg/día. El aporte de proteínas es absolutamente necesario por la acelerada pérdida de masa muscular que presentan estos pacientes, debe comprender del 15-20% de las calorías totales aportadas, según la patología de cada paciente, lo mejor para monitorizar el aporte proteico es calcular el balance nitrogenado del paciente, el aporte de proteína para pacientes críticos debe ser de 1.5 -2gr/kg/día, no debiendo superar los 2gr/kg/día salvo en pacientes adultos quemados, pacientes en terapia continua de reemplazo renal, entre otras patologías (ESPEN). La mínima cantidad de hidratos de carbono requerida en el paciente crítico es de 2gr/kg/día (ESPEN), y debe suponer el 60% de las calorías no proteicas. En situaciones de elevado estrés metabólico la capacidad oxidativa de la glucosa es limitada, según ESPEN no debe excederse de 5mg/kg/min. Los lípidos deberán corresponder al 40% del aporte calórico no proteico, y el aporte mínimo con el fin de evitar déficit de ácidos grasos esenciales, es de 1gr/kg/día, no deben superarse los 1.5gr/kg/día, los lípidos reducen la cantidad de glucosa necesaria y por tanto el riesgo de hiperglucemia. No debemos olvidarnos de los micronutrientes, ya que las vitaminas y los oligoelementos son fundamentales para el soporte de la función inmunológica, la cicatrización y la defensa antioxidante.

CONCLUSIÓN

La desnutrición nutrimental afecta a un número importante de pacientes, por lo que prevenirla y tratarla contribuyen a disminuir la morbilidad, mortalidad y a mejorar la calidad de vida, de ahí la importancia del soporte nutricional en la medida y tiempo adecuado.

Es recomendado que el soporte nutricional sea completo para tomar en cuenta cada detalle que pueda influir en el diagnóstico y tratamiento, por ello debe contar con la evaluación nutricional, determinación de las recomendaciones nutrimentales y elaboración de un plan de intervención alimentario nutrimental que considere inicio-mantenimiento-retiro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Martín Folgueras T, Velasco Gimeno C, Salcedo Crespo S, Seguro Gurrutxaga H, Benítez Brito N, Ballesteros Pomar MD, Álvarez Hernández J, Vidal Casariego A. Proceso de alimentación hospitalaria. Nutr Hosp 2019.

Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.3 Ciudad de La Habana Mayo-jun. 2003.

Revista Cubana de Alimentación y Nutrición RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929 Volumen 26. Número 1 (Suplemento 1) Enero – Junio del 2016.