

**Nombre del alumno: Itzel Rocío Avalos
Cruz**

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

**Nombre del trabajo: Cuidado
nutricional en situaciones especiales**

Materia: Prácticas en nutrición clínica

Grado: 9no

Grupo: "A"

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones metabólicas que acompañan al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), incluyendo a la sepsis y al politrauma, son factores determinantes para que el empleo de un esquema nutricional convencional sea de poca o nula utilidad, ya que por un lado contribuirá a incrementar las complicaciones metabólicas y, por otro, no ayudará a alcanzar las metas requeridas.

Por lo tanto, en estas circunstancias es necesario rediseñar el aporte de nutrientes, tomando en consideración tanto el estado nutricional previo como el nivel de estrés metabólico y la presencia o no de complicaciones y de disfunción orgánica múltiple (SDOM).

El aporte de calorías y proteínas a los pacientes críticos hipercatabólicos no consigue detener la destrucción proteica, pero sí permite incrementar la síntesis de proteínas esenciales para la defensa y reparación de los tejidos injuriados. Este constituye el motivo fundamental por el cual una asistencia nutricional adecuada permite disminuir la morbimortalidad y acortar la recuperación en los pacientes críticamente enfermos.

En general, cuando se programa el soporte nutricional y metabólico de un paciente con trauma, sepsis/SRIS deben tenerse presente una serie de consideraciones previas que se indican en la Tabla 1. Además deben tenerse presentes en tal plan las metas generales del soporte nutricional y metabólico que se describen en los capítulos precedentes.

Es pacientes con cuidados nutricios especiales se aprecia una muy compleja respuesta metabólica que incluye a la mayoría de las vías metabólicas con incremento de la magnitud y velocidad de la catabolia de la masa magra corporal que, clínicamente, resulta en un balance nitrogenado negativo con consumo de la masa magra. La hipercatabolia persistente con el desarrollo de desnutrición proteínica secundaria y el consecuente deterioro de la unción inmunitaria son características dominantes de este cuadro. El resultado de esta desnutrición estará relacionado con deterioro de la función de diversos órganos, lo cual lleva al paciente a un deterioro de su función inmunitaria con el consecuente aumento de la incidencia de infecciones. En teoría, el suministro de terapia nutricional temprana por vía gastrointestinal es el método mejor y más seguro de alimentación.

La vía parenteral debe utilizarse cuando la alimentación enteral no sea posible o suficiente, pues hay datos contundentes de que la nutrición enteral, aunque sea parcial, traerá consigo efectos tróficos a la mucosa intestinal, menor índice de complicaciones y éstas, a su vez, serán de menor gravedad y costo. Otro elemento considerado de suma importancia es la prontitud del inicio de esta terapia, debiendo ser, en lo posible, durante las primeras 48 horas del internamiento. Por lo expuesto y en ausencia de contraindicaciones, debe intentarse la nutrición enteral determinando si esta vía es segura por su tolerancia, y monitoreando que sea suficiente para cubrir los requerimientos del paciente. Sin embargo, en la práctica diaria aparecen problemas que impiden realizar sistemáticamente la nutrición enteral exclusiva y se termina utilizando la combinación de ambas técnicas que de ninguna manera son opuestas, sino que se asumen como complementarias evitando las consecuencias de la desnutrición cuando se prolonga un aporte enteral insuficiente.

La evolución del paciente grave con frecuencia se ve complicada con el llamado síndrome de respuesta inflamatoria sistémica frecuencia respiratoria: > 20 por min. Muchos de los pacientes que presentan esta evolución fallecerán por el choque.

En algunos de estos individuos, esta respuesta puede ser tan excesiva como la respuesta proinflamatoria culminando en una supresión de la respuesta inmunitaria que genere una inmunoparálisisll también llamada síndrome de respuesta antiinflamatoria compensadora.

La situación que engloba a ambos procesos, SRIS y SRAC, que se desencadenan sucesivamente pero luego son simultáneos se conoce como síndrome de respuesta antagonista mixta.

Debe diferenciarse el síndrome de disfunción multiorgánica primario o secundario a la lesión del SDMO que puede presentarse durante la reanimación, ya que se trata de una respuesta habitualmente reversible una vez que la reanimación se ha completado teniendo entonces una gran diferencia de mortalidad. Los pacientes con SRIS y SDMO están clínicamente hipermetabólicos y presentan un gasto cardíaco alto, bajo consumo de oxígeno, gran saturación de oxígeno en sangre venosa y acidosis láctica. Una de las hipótesis sobre el origen de este proceso es el fracaso de la barrera intestinal que lleva a translocación bacteriana o incremento de la permeabilidad de las macromoléculas. Sin embargo, es evidente que hay una alteración en la relación simbiótica de las bacterias intestinales y el hospedador, causada por la falta de nutrientes en la luz intestinal, isquemia mesentérica vinculada con la enfermedad o la propia terapéutica con fármacos vasoactivos y antibióticos que producen cambios cualicuantitativos de la flora intestinal con aumento de virulencia.

La pérdida de la barrera intestinal, secundaria a un ayuno prolongado con retraso en el inicio de estímulo enteral o a dependencia prolongada de nutrición parenteral, da como resultado una función intestinal deficiente que podría estar causada por una respuesta exagerada de citocinas. La alteración de la función intestinal relacionada con desnutrición ocurriría a través de la atrofia de vellosidades intestinales y esto constituye la base de la idea de la nutrición enteral temprana en pacientes graves. La alimentación enteral, actuando a distintos niveles, podría restablecer la función intestinal y, de esta manera, influir en el curso clínico de este cuadro. La alimentación enteral podría ser mejor tolerada cuando se inicia tempranamente mientras aún se mantiene cierta integridad de la barrera intestinal sin agregarse el deterioro por desnutrición.

Objetivos de la terapia nutricional En el paciente grave incluyen:

Prevenir lo mejor posible la desnutrición acelerada que estos sujetos presentan, regular la respuesta inmunitaria y metabólica.

Cuando la nutrición enteral fracasa, no alcanza o está contraindicada, debe indicarse terapia nutricional por vía parenteral, sin olvidar la importancia que puede tener la combinación de ambas alternativas, que no son opuestas, sino que pueden complementarse. Aunque sea para administrar una parte de lo requerido o empleando alimentos modificados que permitan optimizar su tolerancia ante algún déficit digesto absorptivo, pues aun con cantidades pequeñas, habrá varios efectos beneficiosos en lo que algunos autores dan en llamar nutrición enteral mínima.

La administración de, por lo menos, una parte de lo requerido por vía enteral, o sea, la presencia de nutrientes en la luz intestinal ofrece varias ventajas relacionadas con preservación del trofismo de la mucosa intestinal y la posibilidad de disminuir la respuesta inflamatoria. Estas ventajas se ven potenciadas con la prontitud en el inicio de la terapia.

Principios para optimizar la vía oral en pacientes quemados:

Utilización de alimentos de alta densidad nutricional, preferentemente de consistencia blanda o líquida para facilitar la ingesta. La incorporación de módulos proteicos debe ser muy cuidadosa, ya que si éstos modifican la palatabilidad de los alimentos pueden contribuir en forma negativa en el ingreso nutricional total. Adecuación a los gustos y hábitos del individuo, teniendo en cuenta que esto, por sí mismo, puede ser un obstáculo tal que condicione la necesidad de implementar una vía alternativa de alimentación, debido a que la prioridad es lograr el ingreso nutricional adecuado. Aunque se busca lograr el mejor aporte posible por la vía oral, la alimentación forzada a menudo no logra promedios de ingreso nutricional adecuados.

En individuos con quemaduras más extensas se recomienda la utilización de una sonda transnasal para lograr suministrar los nutrimentos requeridos. Para tomar esta decisión de TN debe conocerse la gravedad de las heridas, el tipo de tratamiento requerido y el tiempo estimado de evolución. También este criterio único podría sobrestimar la necesidad de TN en sujetos con quemaduras superficiales. La nutrición enteral (NE) por sonda es la vía de elección ya que preserva la integridad inmunitaria y el tracto gastrointestinal, mejorando la permeabilidad intestinal y reduciendo la translocación bacteriana. El tejido linfoide asociado al tracto gastrointestinal representa 50% de la inmunidad corporal y entre 70 y 80% de la producción de inmunoglobulinas, especialmente de IgA. En pacientes con inestabilidad hemodinámica, la NE puede generar intolerancia gastrointestinal e incluso necrosis intestinal, por lo que el uso de la vía enteral debe ser cautelosa. Los sujetos que fallan en alcanzar 50% del requerimiento calórico en el transcurso de la primera semana, o en etapas posteriores de evolución, pueden requerir nutrición parenteral (NP). La NP se reserva para los pacientes con imposibilidad de recibir, total o parcialmente, sus requerimientos por vía digestiva ya que tendrían mayores riesgos de complicaciones, sobre todo infecciosas.

CONCLUSIÓN

La terapia nutricional se ha convertido en un componente fundamental de la medicina de cuidados intensivos. Asimismo, hoy puede agregarse la posibilidad de optimizar sus beneficios mediante nutrientes específicos que podrían mediar en la respuesta inflamatoria e inmunitaria. Con los grandes avances en la asistencia inicial de pacientes en estado grave, se ha logrado una significativa disminución de los índices de mortalidad temprana. Por esta situación y por las medidas de control y de sostén del paciente grave, el síndrome de respuesta inflamatoria generalizada y su evolución a la disfunción multiorgánica se convirtieron en problemas clínicos de importancia, con altos índices de morbimortalidad tardía.

Los avances científicos y tecnológicos en el tratamiento de pacientes con quemaduras han modificado significativamente su evolución y pronóstico en las últimas décadas. El mantenimiento de heridas sin cobertura biológica La terapia nutricional inadecuada. El tratamiento adecuado y oportuno del paciente con quemaduras puede controlar algunos de estos factores y atenuar el hipermetabolismo. La terapia nutricional representa, entonces, uno de los pilares en el tratamiento de pacientes con quemaduras con un alto impacto en su evolución.