



**Nombre de alumnos:**

**Sissy Beatriz Villatoro Alvarado**

**Nombre del profesor:**

**Alfredo Agustín Vásquez**

**Nombre del trabajo:**

**Cuadro sinóptico**

**Materia:**

**Practicar**

**Grado: 9no cuatrimestre**

**Grupo: A Licenciatura en Nutrición**

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de enero de 2020.

# UNIDAD 3 CUIDADO NUTRICIONAL EN SITUACIONES ESPECIALES

## 3.2 Cuidado nutricional en el paciente quemado.

- El desarrollo del cuidado nutricional ha contribuido en esto, no sólo con progresos en las técnicas de implementación de la terapia nutricional (TN) sino también con el conocimiento de aspectos metabólicos y su modulación.

- Las quemaduras extensas producen una respuesta hipermetabólica e hipercatabólica, que es mayor que en cualquier otra situación de traumatismo, relacionada con la extensión y la profundidad de las lesiones. Como los factores que contribuyen:

- a) La extensión de la piel quemada, que pierde su capacidad de actuar como barrera de contención de agua y calor.
- b) La respuesta inflamatoria (citocinas) y la respuesta humoral secundaria a la herida (catecolaminas, cortisol o glucagon).
- c) La liberación de endotoxinas provenientes de las heridas o la luz intestinal.
- d) Las infecciones asociadas a inmunodepresión.
- e) El estrés, dolor y ansiedad provocados por la quemadura y el tratamiento de la misma.
- f) El mantenimiento de heridas sin cobertura biológica (fuertemente colonizadas).
- g) La terapia nutricional inadecuada.

- Tratamiento**

Puede controlar de manera oportuna las quemaduras.

- El hipermetabolismo se caracteriza por un estado cardiovascular hiperdinámico, fiebre, alteración de la respuesta inmunitaria y del proceso de cicatrización de heridas, insulinoresistencia periférica, reprimición de la síntesis proteica hepática, degradación de músculos esqueléticos e incremento del gasto calórico basal.
- La terapia nutricional (TN) adecuada y oportuna se refleja en limitar el catabolismo proteico, mantener la estructura y función de los órganos, mejorar la cicatrización y el rendimiento de injertos, mejorar la función inmune y disminuir la incidencia de infecciones, acortando el tiempo de estadía, y el periodo de rehabilitación.
- El paciente quemado presenta un alto riesgo de desnutrirse directamente relacionado con la extensión y profundidad de sus heridas. Esta desnutrición, en alguna medida inevitable, debe minimizarse para lograr que el individuo pueda evolucionar favorablemente en el menor plazo posible para lo que es esencial preservar la masa magra corporal.

La consecuencia de estos cambios ocasiona riesgos como predisposición a infecciones, retraso en la cicatrización de las heridas entre otras.

- Después de una quemadura grave (> 40% de superficie corporal quemada, SCO) el gasto energético de reposo en una temperatura ambiente neutra (30 a 33°C) es mayor al 140% que en el momento de ingreso, se reduce al 130% cuando las lesiones están totalmente curadas, a 120% a los seis meses y 110% a los 12 meses posquemadura.

- El incremento del consumo energético se acompaña de alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas.

- Los factores de riesgo nutricional**

se asocian a la capacidad de ingesta, absorción y utilización de nutrimentos, y al incremento en las pérdidas o en los requerimientos.

- los factores de riesgo nutricional prevalentes son aquellos vinculados a la ingesta, ocasionados por hiporexia, requerimiento de ayuno perioperatorio varias veces por semana y dificultad para alimentarse debido a la localización de las lesiones (pérdida de la autovalidez); asimismo, las alteraciones del tránsito digestivo (por inestabilidad hemodinámica, sedoanalgesia) contribuyen a la insuficiente ingesta de alimentos.

## 3.3 Cuidado nutricional en pacientes con cáncer

- múltiples aspectos que pueden ser resaltados al discutir la relación entre nutrición y cáncer; en la literatura médica abundan artículos que tratan de esclarecer la relación entre diferentes dietas y el desarrollo de enfermedad maligna. Asimismo, la prevención del cáncer por medio de suplementos nutricionales es una industria multimillonaria.
- En países industrializados, estudios reportan incidencias de malnutrición clínicamente significativas hasta de 50 y 60% en pacientes oncológicos, lo cual 77 contribuye en forma importante en una mortalidad de entre 30 y 50% de los sujetos con cánceres gastrointestinales.

- Caquexia por cáncer** se ha definido como el estado de severa desnutrición asociado con enfermedad. Aunque no existen criterios clínicos estrictos para diagnosticar la caquexia relacionada con cáncer, esta se caracteriza por una pérdida significativa de peso y se acompaña de una depleción del tejido graso y de masa muscular magra, que no puede explicarse sólo por la disminución en la ingesta o por anorexia.

- la anorexia se define como la pérdida del deseo de comer, sin embargo, no es el único síntoma relacionado con la disminución de la ingesta; otros síntomas que pueden presentarse son náusea, vómito, saciedad temprana y alteraciones del gusto.
- La etiología** de la caquexia asociada con cáncer es multifactorial, no obstante, se sabe que la primera manifestación es el incremento del catabolismo proteico aun sin pérdida de peso. Se ha descrito la alteración de múltiples moléculas, que tiene como resultado neto el aumento del gasto energético basal.
- Alteraciones nutricionales relacionadas con el tratamiento.** El tratamiento médico El grado de pérdida de peso antes de iniciar la quimioterapia ha sido identificado como uno de los principales factores de riesgo que afectan en forma negativa la sobrevida en pacientes con cáncer. Así como los agentes quimioterapéuticos se dividen en muchas categorías, la náusea y el vómito son efectos secundarios que se repiten en casi todas ellas. Los efectos antitumorales se extienden también a las células de recambio rápido produciendo, en muchos casos, toxicidad gastrointestinal.

- La evaluación nutricional** debe realizarse antes y después de la terapia con estos agentes debido a las alteraciones funcionales que pueden producir. Asimismo, debe incluirse la valoración global subjetiva y tener en cuenta el tratamiento propuesto para evitar, en forma temprana, el desarrollo de la desnutrición. Repetir la evaluación nutricional del individuo, especialmente si es de alto riesgo, en los diferentes estadios del tratamiento; por ejemplo, repetiría una vez empiece quimioterapia o radioterapia neoadyuvante y de nuevo cuando, después de completarla, se prepara para ser sometido a cirugía. Otro aspecto fundamental del manejo nutricional de los pacientes oncológicos es tener presente el objetivo del tratamiento oncológico, que en múltiples ocasiones es puramente paliativo, enfocado a mejorar la calidad de vida y que deberá estar acorde con los objetivos personales y voluntad de cada paciente. Los objetivos nutricionales por vía enteral logran alcanzarse cuando la ingesta oral se puede mantener o estimular; en los casos en los que resulta insuficiente, se recomienda el uso de sondas nasointerales, tubos de gastrostomía y yeyunostomía, en la medida en que el tracto gastrointestinal funcione en forma adecuada. La consideración de la vía enteral y la necesidad de tubos de alimentación debe discutirse con el paciente antes de la iniciación de quimioterapia o radiación, o de la discusión preoperatoria cuando deba ser sometido a cirugía. Lo que sí se ha demostrado son los efectos devastadores de la malnutrición en la tolerancia de los diferentes tratamientos antineoplásicos y en la sobrevida de los sujetos con cáncer.

Nutrimento  
Requerimie  
ntos diarios:

Calorías 30-35 kcal/kg  
Proteínas 1.2 a 1.5 g/kg  
Lípidos 35-50%  
calorías