



Nombre del alumno: Viviana Moreno Aguilar.

Nombre del profesor: Daniela Monserrat Méndez Guillen.

Nombre del trabajo: Súper nota.

Materia: Nutrición y actividades pediátricas.

Grado: Séptimo cuatrimestre.

Grupo: LNU17EMC0119-A.

Licenciatura: Nutrición.

Comitán de Domínguez Chiapas 26 de noviembre de 2021.

NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.



NUTRICIÓN DEL NIÑO CRITICAMENTE ENFERMO.



Las recomendaciones dietéticas varían en función de:

- Edad del paciente.
- Síntomas principales.



Factores:

Alteraciones en los mecanismos de aclaramiento esofágico.

Vaciamiento gástrico.

Presencia de hernia.

Antirreflujo.

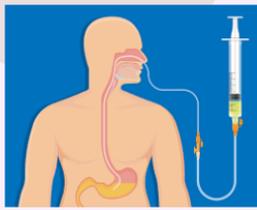


Su condición conlleva a la vulnerabilidad, desnutrición y alta mortalidad debido a la falla en el soporte nutricional, participando sobre la morbimortalidad.

Considera una terapia nutricional enteral o parenteral, con el objeto de cubrir total o parcialmente los requerimientos nutricionales.

LAS TÉCNICAS DE NUTRICIÓN ARTIFICIAL SON INDICADAS CUANDO LA INGESTA VOLUNTARIA NO ES SUFICIENTE O CAPAZ.

- Evaluación.
- Diagnóstico.
- Prescripción.
- Preparación.
- Distribución.
- Administración.
- Monitoreo.



Problemas de salud:

-Proceso inflamatorio (ocasiona una respuesta metabólica caracterizada por gran pérdida proteica e hipercatabolismo).

-El ayuno hospitalario, aumenta la noxa y la menor reserva de proteínas y grasa existente predisponen a mayor riesgo de presentar malnutrición con el desarrollo de enfermedades graves..

Método diagnóstico.

Evaluación nutricional antropométrica.



NECESIDADES NUTRICIONALES EN NIÑOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE



REQUERIMIENTO ENERGÉTICO

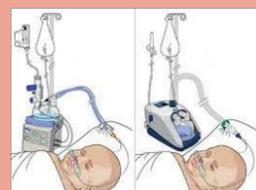
Condicionado mediante:

- >>Población pediátrica.
- >>Situación clínica.
- >>Fase de respuesta al estrés.
- >>Sedación.
- >>VM.

Conllevan una reducción del gasto secundario a la disminución de la actividad o menores pérdidas insensible.

REQUERIMIENTO PROTEICO

Pacientes pediátricos con VM: Mínimo de 1,5 g/kg/día.
Pacientes hipermatabólicos con NP exclusiva: 2,8 g/kg/día.



Nutrición en niños con patología gastroenterológica, hepática o renal.



MACRONUTRIENTE

El aporte de energía en la dieta debería contener proteínas, lípidos e hidratos de carbono en una proporción de 10-15%, 25-30% y 50-60%, respectivamente.

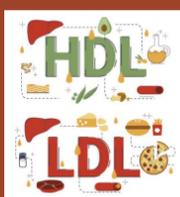
Proteína

Los valores se han calculado según estimaciones y cantidades de proteínas de alta calidad del huevo y de la leche, necesarias para que exista un balance nitrogenado equilibrado.

Edad	g/kg	g/día
0,5-1	1,6	14
1-3	1,2	16
4-6	1,1	24
7-10	1,0	28



Nutriente	Módulo	Composición
Hidratos de carbono 1g=4 kcal	- Polycose®	- Polímeros de glucosa
	- Fantomalt®	- Polímeros de glucosa
	- Maxijul®	- Polímeros de glucosa
	- Resource®	- Polímeros de glucosa
	- Dextrine maltose	- Polímeros de glucosa
	- Vitajoule®	- Polímeros de glucosa
Lípidos 1ml=9 kcal	- MCT oil®	- MCT
	- MCT Wander®	- MCT
	- Resource® MCT	- MCT
	- Liquigen®	- MCT
	- Supracal®	- LCT
	- Duocal/ Duocal MCT®	- Polímeros de glucosa + LCT/MCT
Hidratos de carbono + lípidos 1g=4,9 kcal	- Duocal líquido®	- Polímeros de glucosa + LCT/MCT
	- Energivit®	- Polímeros de glucosa + LCT/MCT
	- PDF-1® 1g=5,3 Kcal	- Polímeros de glucosa + LCT/MCT
	- PDF-2® 1g=4 Kcal	- Polímeros de glucosa + LCT/MCT
	- Promod®	- Proteína entera
Proteínas 1g=4,2 kcal	- Resource®	- Proteína entera
	- Protein Instant	- Proteína entera



Lípidos

Se recomienda que el consumo diario de colesterol no supere los 300 mg/día o 100 mg/1000 kcal/día.

Fibra

Se recomienda que la dieta contenga 10- 13 g de fibra por 1.000 kcal, con una relación insoluble: soluble de 3:1.

Se aconseja que la ingesta se realice en forma de frutas, verduras, legumbres y cereales, y no a través de suplementos o productos concentrados. El consumo excesivo de fibra puede interferir con la absorción de calcio, cinc o hierro y producir flatulencia y malestar abdominal.



Está indicada en pacientes que no son capaces de recibir una adecuada y/o completa nutrición por vía oral mediante su alimentación habitual o suplementada con alimentos.

Según la edad del niño las fórmulas utilizadas serán diferentes

- Fórmulas para lactantes.

La nutrición exclusiva con leche materna o fórmulas lácteas es posible y correcta hasta los seis meses de edad. A partir de ese momento o, si con anterioridad el paciente precisa mayores aportes energéticos, se pueden adicionar módulos nutricionales, concentrar la fórmula lácteas (sin superar las 82-88 kcal/100 ml)(14) o utilizar fórmulas con mayor contenido calórico y proteico.

- Fórmulas de nutrición enteral pediátricas para niños hasta de 10 años (10-30 kg)

Constituidas por una mezcla definida de macro y micronutrientes adaptados para cubrir los requerimientos del niño de 1 a 6 años con 1100 ml y de 7 a 10 años con 1300ml.

- Fórmulas de nutrición enteral de adultos para niños mayores 10 años (>30 kg)

A partir de los 10 años es posible utilizar las fórmulas de adulto: poliméricas normo, hipo, hipercalóricas e hiperproteicas.



Problema hepático



Objetivos del apoyo de nutrición:

- Prevenir la desnutrición con el suministro de las kilocalorías adecuadas.
- Preservar la síntesis proteínica.
- Restaurar el balance de aminoácidos en plasma.
- Impedir la deficiencia de vitaminas y minerales.
- Llevar un adecuado crecimiento y desarrollo.



Se debe incrementar la energía a un 140% a 200% de la ingestión diaria recomendada para la edad y el sexo. En pacientes con colestasis se pueden utilizar fórmulas concentradas (67-80 kcal/100 ml) o módulos de hidratos de carbono o triglicéridos de cadena media (TCM) o larga (TCL), con una osmolaridad de 500-800 mmol/L.

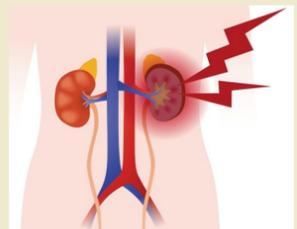
Se debe incrementar la energía a un 140% a 200% de la ingestión diaria recomendada para la edad y el sexo. En pacientes con colestasis se pueden utilizar fórmulas concentradas (67-80 kcal/100 ml) o módulos de hidratos de carbono o triglicéridos de cadena media (TCM) o larga (TCL), con una osmolaridad de 500-800 mmol/L.

En pacientes con ascitis o edema se realiza restricción hídrica y de sodio (1-2 meq/Kg/día).

Se pueden emplear las vías oral y enteral si el sujeto presenta anorexia y hay un déficit considerable en el consumo energético de la dieta.

La vía parenteral se debe utilizar con precaución, dado que puede exacerbar el daño hepático por sus componentes tóxicos.

Problema renal



Se aconseja cubrir calorías con el fraccionamiento y el uso de colaciones hipercalóricas y con bajo valor proteico.

Con respecto al fósforo, sólo se enseñan a reconocer los alimentos que se desaconsejan, ya que la mayor restricción del mismo se da a través del control proteico.

En síntesis, se evita la sonda, merced a que el déficit de energía consumida y la desnutrición son leves, enseñando a seleccionar lo hipercalórico, con agregado de materia grasa en las preparaciones, evitando hábitos que agraven la inapetencia (como el hecho de no saltar las 4 comidas y realizar en lo posible 1 o 2 colaciones, que generalmente no realizan, organizando los horarios para que esto pueda llevarse a cabo).

Se recomienda el mejor manejo de los líquido midiendo no sólo lo que toma sino lo que ingresa a través de los alimentos.



TABLA III. Requerimiento de líquidos y electrolitos en Nutrición Parenteral.

Líquidos				
• RNPT, RN ¹ :	40 – 60 ml/kg/día (el primer día) hasta 150 – 180 ml/kg/día (máximo 200 ml/kg/día)			
• Lactante ≤ 10 Kg:	100 ml/kg /día más las pérdidas (máximo 150 ml/kg/día)			
• Niño: Mantenimiento (Holliday-Segar):				
- Primeros 10 kg:	100 ml/kg.			
- Entre 10-20 kg :	1000 ml por los primeros 10 kg más 50ml/kg.			
- A partir de 20 kg :	1500 ml por los primeros 20 kg más 20 ml/kg.			
- Añadir requerimientos y pérdidas específicos.				
Electrólitos				
	RNPT mEq/kg/día	Lactantes mEq/kg/día	1-11 años mEq/kg/día	12-15años mEq/día
Sodio	2-3 ²	2-4	2-3	60-150
Cloro	2-3	2-3	2-3	60-150
Potasio	1-3	2-3	2	60-120
Acetato	1-4	1-4	1-4	1-4 mEq/kg

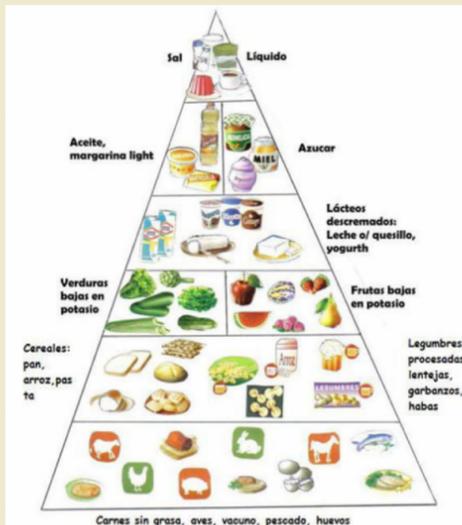


TABLA V. Necesidades de aminoácidos en NP según la edad.

Edad	Gramos/kg peso/día Pacientes estables	
	Límites	Recomendaciones
Recién nacido pretérmino	1,5-4	2,5-3,5
Recién nacido a término	1,5-3	2,3-2,7
2º mes a 3 años	1,0-2,5	2,0-2,5
3-5 años	1,0-2,0	1,5-2
6-12 años	1,0-2,0	1-1,5
Adolescentes	1,0-2,0	1-1,5

Bibliografía:

Acuña, M., Frauca, E., González, R., Millán, A., Quero, L., & Zurita, A. (2010). *Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN*. SEGHN. Recuperado 25 de noviembre de 2021, de <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-06/Trat%20SEGHNP.pdf>

De Castro, G. M. M. T. C. (2011, 1 enero). *Alimentación en el niño con hepatopatía (aguda y crónica)* | Revista de Gastroenterología de México. Revista gastroenterología México. Recuperado 25 de noviembre de 2021, de <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-alimentacion-el-nino-con-hepatopatia-articulo-X0375090611353554>

Turconi, A., & Vezzani, C. (2004, 4 diciembre). *Nutrición en el paciente con insuficiencia renal crónica*. E. Medicina infantil. Recuperado 25 de noviembre de 2021, de https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2004/xi_4_295.pdf

Universidad del Sureste. (2021). *Libro de nutrición y actividades pediátricas*, de PDF. Unidad 4, págs., 103-104.

Sitio web:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LNU/d8b08319a1a41f9298c042405eba0583-LC LNU704.pdf>.