



**NOMBRE DEL ALUMNO: DIEGO ALEXANDRO MORALES DE LEON**

**NOMBRE DEL PROFESOR: DANIELA MONSERRAT MÉNDEZ**

**NOMBRE DEL TRABAJO: SUPERNOTAS**

**MATERIA: NUTRICION Y ACTIVIDADES PEDIATRICAS**

**GRADO: 7 °**

**GRUPO: NUTRICION**

**COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS A 26 DE NOVIEMBRE DE 2021**



## ● NUTRICIÓN DEL NIÑO CRITICAMENTE ENFERMO

➔ El soporte nutricional del paciente pediátrico crítico es de suma importancia en el manejo de su enfermedad, influenciando directamente en la morbilidad y mortalidad. En el niño crítico diversas condiciones lo hacen particularmente vulnerable a la desnutrición y alta mortalidad debido a la falla en el soporte nutricional.



▲ las recomendaciones en la dieta varían en función de la edad del paciente y de los síntomas principales. de acuerdo con los estudios reportados en la literatura



## ➤ NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

★ en primer lugar, el mismo proceso inflamatorio que ocasiona una respuesta metabólica principalmente caracterizada por gran pérdida proteica e hipercatabolismo



➔ En segundo lugar, el ayuno que puede venir presentado o presentar durante su hospitalización, aumenta la noxa y además la menor reserva de proteínas y grasa que tienen los niños predisponen a mayor riesgo de presentar malnutrición cuando desarrollan enfermedades graves.



✦ La evaluación nutricional antropométrica es simple, reproducible y una herramienta objetiva para la evaluación nutricional del niño enfermo crítico. en la mayoría de los centros terciarios, la realización de las mediciones antropométricas al ingreso se considera como el estándar del cuidado del paciente crítico.



☀ Sobre los requerimientos energéticos en el paciente pediátrico CE tenemos varias certezas: Varían respecto a la población pediátrica normal y son diferentes en función de la situación clínica y la fase de respuesta al estrés en la que se encuentre el paciente.



### ➤ NECESIDADES NUTRICIONALES EN NIÑOS INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE.

▲ Están condicionados por ciertos factores, como la sedación y la VM, que conllevan una reducción del gasto secundario a la disminución de la actividad o menores pérdidas insensible.



➤ En relación con el aporte proteico, una revisión sistemática que evaluó el aporte proteico mínimo para mantener un BN positivo en pacientes pediátricos con VM mostró que es necesario un mínimo de 1,5 g/kg/día para lograr este objetivo. Dichas cifras aumentan hasta 2,8 g/kg/día en los pacientes hipermetabólicos con NP exclusiva.



☀ Las necesidades energéticas son muy elevadas en este tipo de pacientes, se debe de mantener en constante revisión los macro y micronutrientes del niño que fue intervenido.



La prevalencia de las malformaciones cardiacas congénitas no ha aumentado en las últimas décadas, pero los avances diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos han conseguido en la mayoría de ellas prolongar de forma importante su vida, al tiempo que generaron unos cuidados paralelos innecesarios en épocas en las que su evolución abocaba a un fallecimiento precoz



### ➤ NUTRICIÓN EN NIÑOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS Y PATOLOGIA PULMONAR.

Se calcula que entre el 3-4 por 1.000 de los recién nacidos con malformación cardiaca van a necesitar corrección quirúrgica y presentar afectación en mayor o menor grado de su desarrollo



Esa malnutrición no sólo ocasiona efectos adversos en su crecimiento, sino que además incrementa la morbilidad de su enfermedad de base y puede alterar la indicación y los resultados de la cirugía.



Múltiples estudios han descrito diversos mecanismos responsables del fallo de crecimiento en los niños con cardiopatía congénita pero su etiología precisa todavía no ha sido encontrada.



Existen importantes controversias sobre el papel que cada uno de ellos juega en la desnutrición, pero el intento de revertir el círculo: ingesta escasa vs incremento de consumo energético, va a ser el objetivo prioritario en su manejo nutricional



La valoración nutricional realizada en estos pacientes de forma precoz y rutinaria, con especial importancia en momentos clave (diagnóstico, cirugía y descompensaciones), puede permitir el reconocimiento de la malnutrición y facilitar la identificación y el manejo de los problemas que ésta ocasiona.



La afectación del estado nutricional es una de las comorbilidades más comunes del paciente con patologías pulmonares crónicas. Se estima que entre el 10% y el 45% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) presentan desnutrición, incidencia que puede alcanzar el 63% en pacientes con EPOC moderada-severa que requieren ingresar en un programa de rehabilitación pulmonar.



Los suplementos calóricos deben de ser combinados con un programa de rehabilitación cuando el IMC sea menor a 21 kg/m<sup>2</sup>, 14 o haya una pérdida de peso mayor al 10% en los últimos seis meses, pérdida de peso del 5% en el último mes, o bien disminución de la masa magra



sin embargo, el apoyo nutricional debe iniciarse tan pronto como se confirme el diagnóstico de EPOC, sin esperar a que el paciente presente datos de depleción proteico calórica.



La composición de una dieta normal es de  
50 a 55% de hidratos de carbono,  
20 a 25% de lípidos  
15% de proteínas  
misma que se recomienda modificar en los pacientes con EPOC para satisfacer sus necesidades especiales, proporcionando  
25 a 30% de hidratos de carbono  
55 a 60% de lípidos  
20% de proteínas  
la proporción apropiada de los tres tipos de nutrientes dependerá del estado clínico y de los objetivos.



## Bibliografía

“Antología UDS” nutrición y actividades pediátricas. Pág.- 114