

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CARRERA:

NUTRICIÓN

MATERIA:

PRACTICAS EN NUTRICION CLINICA II

TAREA:

ENSAYO

CATEDRATICO:

SANCHEZ GORDILLO NEFI ALEJANDRO

ALUMNO:

LITZY BELEN MONZON LOPEZ

GRADO Y GRUPO:

9 CUATRIMESTRES "A"

LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 09 DE JUNIO DEL 2022

## **Introducción**

El cuerpo humano necesita de un equilibrio en sus macronutrientes para mantener su adecuado funcionamiento, sin embargo, hay ocasiones en que los pacientes son aquejados por patologías que provocan un cambio en su metabolismo y es necesario hacerles una modificación en la alimentación, y ese es nuestro trabajo como nutriólogos, poder brindar a los pacientes un correcto asesoramiento y brindarles dietas terapéuticas de calidad para que su proceso de sanación sea lo mas breve y adecuado posible.

### **3.1. Situación de ayuno, trauma y sepsis.**

Cuando un paciente sufre de una patología, se le debe modificar su alimentación, esto da lugar a lo que se conoce como dieta terapéutica, y son estudiadas por la dietoterapia.

La dietoterapia analiza las modificaciones que debe sufrir la alimentación tanto cualitativa como cuantitativamente, atendiendo las necesidades del individuo cuando éste sufre una patología determinada, tanto si es aguda como crónica.

Los alimentos se emplean como remedios para modificar sustancialmente un síndrome fisiopatológico o se utilizan para la curación de una enfermedad y la recuperación del organismo enfermo.

Para obtener una dieta terapéutica se deben modificar uno o varios parámetros de una alimentación equilibrada, el decidir que parámetro se deberá modificar dependerá exclusivamente de la patología que este afrontando nuestro paciente. Algunos parámetros que podemos encontrar modificados es el valor calórico, los lípidos que se disminuyen en enfermedades de las vías biliares y las proteínas que se reducen en insuficiencias renales, pero se aumentan en pacientes quemados.

Algunos cuidados extras que se toman en cuenta en la dieta terapéutica son los cambios de cocción o troceado de los alimentos que, aunque no suponen un cambio en la nutrición es de vital importancia en ciertas patologías donde se requiere de un cambio físico del alimento para su correcta deglución o digestión.

### **3.2. Dietas progresivas en pacientes con trauma.**

La dieta progresiva se usa en pacientes con determinadas patologías, y se divide en distintas etapas que se adecuan las fases de la enfermedad que aqueja al paciente,

comenzando con una alimentación oral hasta llegar al mayor grado de normalidad. Las fases de la dieta progresiva son la dieta absoluta, la dieta líquida, la dieta semilíquida, la dieta blanda, la dieta de fácil digestión y la dieta basal

### **3.3. Cuidado nutricional en el paciente quemado.**

Las quemaduras son muy agresivas con el estado de salud de los pacientes pudiendo provocar sepsis, falla múltiple de órganos y la muerte, y debido al hipermetabolismo que estas provocan en el huésped tenemos que poner atención en poder brindar al paciente una nutrición competente, asegurándonos de comenzar con el apoyo nutricional tan pronto como se culmine la resucitación y la reanimación, y se asegure la estabilidad hemodinámica y la perfusión tisular, se puede hacer uso de la vía oral o emplear la colocación de sondas naso enterales de ser necesarias.

En cuestión de los macronutrientes que necesitan nuestros pacientes debemos tener en cuenta que los carbohidratos deberán ser la principal fuente de energía metabólica, especialmente la glucosa que es el combustible preferido para la cicatrización de heridas. Un hallazgo importante la hiperglicemia debido a la resistencia aumentada de la insulina, para controlarla se hace mediante ajustes de las cantidades de glúcidos y el uso de insulino terapia. La coadministración de grasas en cantidades menores a 0.5g/kg/24 horas pudiera reducir las necesidades de glúcidos y mejorar la tolerancia a la glucosa infundida.

Es recomendable también evitar que las grasas aporten mas del 30% de la energía no proteica. Es mas importante el tipo de grasa que la cantidad, por ejemplo, debemos saber que los ac. Grasos poliinsaturados de la familia omega 6 produce citoquinas proinflamatorias, mientras que los ácidos grasos poliinsaturados de la serie omega 3 originan prostanoïdes leucotrienos y tromboxanos con menor actividad proinflamatoria. Pero los ácidos grasos omega 3 son los que se asocian a una mejor evolución clínica.

Pero sin duda de los macronutrientes en procesos de quemaduras el mas importantes son las proteínas, debido al gran aporte que se necesita de estas por la proteólisis que se lleva a cabo, en los pacientes quemados es necesario un aporte diario de entre 1.5 y 2.0 gramos por cada kilogramo de peso corporal y en niños seria hasta 3.0 g/kg/día.

### **3.4. Cuidado nutricional en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

El sida es actualmente uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial y es un síndrome que incluye diversos trastornos y patologías producidas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de los cuales se tiene constancia de 2 cepas, el tipo 1 y el tipo 2, el VIH puede encontrarse latente en el organismo una media de 10 años sin presentar síntomas, pero sigue siendo un riesgo de contagio para las demás personas, su vía de contagio es a través de 3 vías que son secreciones sexuales, sangre y por transmisión perinatal.

### **3.5. Epidemiología**

A mediados de 1991, la OMS estimó que había de 8 a 10 millones de personas infectadas por el VIH, y que, de éstas, cerca de dos millones habían desarrollado la enfermedad. Según datos más recientes (diciembre de 1992), la estimación es de 9 a 11 millones de adultos y un millón de niños. La OMS calcula que en el año 2003 había unos 40 millones de personas infectadas en el mundo.

### **3.6. Malnutrición y sida**

Múltiples trabajos han descrito que las complicaciones que acompañan al síndrome comprometen el estado de nutrición, llevando al enfermo a un estado de malnutrición característico y progresivo que influye en el deterioro de la función inmunitaria y es causa del empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes. Los factores que propician esta malnutrición son la falta de ingesta por anorexia al presentar pérdida del apetito, también los pacientes pueden presentar una complicación al consumir alimentos por disfagia o cambios gustativos como consecuencia de lesiones bucales y del esófago por infecciones, las náuseas y vómitos son otra de las causas de un déficit en el consumo de alimentos.

Los pacientes con SIDA también presentan una pérdida de peso que varía de unos pacientes a otros, pero suele ser progresiva y grave. La caquexia es habitual en pacientes con la enfermedad avanzada, ya que pueden llegar a perder más de un 25% de su peso habitual.

Las alteraciones en la composición corporal de los pacientes con sida se aprecian en el aumento del porcentaje de agua corporal y la fusión de masa muscular. Encontramos una disminución importante en la proteína visceral valorable con las determinaciones de transferrina, proteína ligada a retinol y albuminemia.

Algo muy notorio en pacientes con SIDA es que presentan grados de malabsorción, los cuales son mas graves en pacientes con diarreas y esto agrava la pérdida de peso.

Al estar constantemente al asedio de infecciones y con ellas fiebre aumenta el gasto energético de los pacientes, y estar al pendiente de mantener un equilibrio es nuestro trabajo como nutriólogos brindando una terapia nutricional de calidad, en la que debemos promover un estado de nutrición adecuado para ayudar a un mejor funcionamiento del sistema inmunitario para reducir la frecuencia y gravedad de las infecciones oportunistas, lograr frenar la perdida de peso y masa muscular, y lo mas importante mejorar la calidad de vida del paciente.

Cuando el paciente es una persona asintomática debemos guiarlo para que tenga un equilibrio alimentario y así prepararlo para las situaciones posteriores y tratar de mantener su sistema inmunitario fortalecido

Por el contrario, cuando nos enfrentamos a una infección sintomática nos encontramos con diversos problemas como son la falta de apetito, anoréxica las molestias gástricas y las alteraciones en los sentidos del gusto y el olfato y es necesario crear una dieta en base a las necesidades de macronutrientes y mecánicas de la masticación, deglución y digestivas de nuestro paciente.

### **3.7. cuidado nutricional en pacientes con cáncer.**

Los tumores malignos se caracterizan por su capacidad de crecimiento autónomo, por su delimitación imprecisa, por su poder de infiltrar y destruir los tejidos del lugar donde se han iniciado y de los tejidos vecinos, y por su tendencia a producir tumores secundarios (metástasis) a distancia de su lugar de origen, generalmente, por vía sanguínea.

En los pacientes que sufren cáncer encontraremos una desnutrición específica en la que hay una desaparición de la grasa de forma proporcionalmente muy superior a la de la masa muscular que se caracteriza por astenia, adelgazamiento y anorexia, hay que tener cuidado con la desnutrición en los procesos neoplásicos ya que conllevan una mayor morbilidad y una disminución en la tolerancia a los tratamientos empeorando la calidad de vida de los pacientes y dando como resultado un mal pronóstico.

En las alteraciones metabólicas de los procesos neoplásicos encontramos que el metabolismo basal aumenta, también aumenta el glucolisis anaerobio, se produce más lactato y hay una mayor neoglucogénesis.

Tenemos 2 tipos de desnutrición, la puramente yatrogena que es provocada por los fármacos de la quimioterapia y la desnutrición por causas metabólicas provocadas por el crecimiento del tumor.

Para tratar la desnutrición lo principal es la terapia nutricional con la que buscamos aumentar la reacción favorable a los fármacos y aumentar la tolerancia a estos.

Nuestra estrategia nutricional deberá ser preventiva en caso de que el paciente tenga un buen estado de nutrición y queramos prepararlo para los efectos que puedan provocarle los tratamientos, la coadyuvante o de mantenimiento se usa cuando el estado de nutrición del paciente es deficiente y debe someterse a tratamientos antineoplásicos, y por ultimo el paliativo se usa en pacientes en fase terminal cuando los tratamientos ya no surten efecto y solo se orienta a mejorar el sufrimiento y la moral del paciente.

### **3.8. Cuidados nutricionales del paciente con diálisis**

#### **3.8.1. Dieta en la diálisis peritoneal continua ambulatoria (capd)**

La capd es otro método de depuración, que aprovecha la capacidad de intercambio que para ciertas moléculas tiene el peritoneo. Estos pacientes pueden realizar, en su domicilio, la difusión intraabdominal de determinados líquidos de perfusión, los cuales, horas más tarde son extraídos junto a la urea, el potasio y otros metabolitos propios de la uremia. Este método ocasiona una absorción notable de glucosa (50-100 g o más al día), por lo que la cantidad de la misma que se calcula que ha absorbido el paciente por día deberá restarse del total diario de hidratos de carbono. Por lo demás, estos enfermos seguirán una alimentación como en la hemodiálisis periódica.

#### **3.8.2. Dieta en la hemodiálisis**

La hemodiálisis se aplica al paciente renal durante 6-8 horas 2 o 3 días por semana, y no debe darse por sentado que la hemodiálisis normaliza los parámetros alterados, así que debemos continuar con las normas dietéticas generales, dándole a los pacientes dietas normo energéticas, según la edad, talla y actividad física del paciente, evitando dietas hipocalóricas en pacientes con normopeso y en caso de obesidad se deberá tratar de forma moderada, en cuestión de proteínas se seguirá una dieta normoproteica con un añadido de 15 a 20 g de proteínas por perdidas en el liquido de la diálisis, igual debemos administrar suplementos de vitaminas hidrosolubles y el aporte de sodio se adecuara a cada paciente pero por lo general se reducirá a 1000 a 2000 mg al día y por

ultimo debemos disminuir la ingesta de agua cuidando que no haya un aumento de peso del nefrópata de mas de 1- 1.5 kg.

### **Conclusión**

Después de diferenciar cada patología que requiere de una dieta terapéutica individualizada, estamos listos para brindar una atención de calidad, y ayudar a nuestros pacientes a afrontar y superar su enfermedad de la mejor manera posible y mejorar su calidad de vida

### **Bibliografía**

- Nc. Ana bertha pérez lizaur manual de dietas normales y terapéuticas, losalimentos en la salud y enfermedad. 2005 la prensa médica.
- Araceli suaverza karime haua (2010). El a, b, c, d, de la evaluación del estado de nutrición mc graw hill.
- Dr. Esther casanueva nc. 2017 nutriología medica 4 edición editorial médica panamericana.
- Cervera p, clap s j, rigolfas r. Alimentación y dietoterapia, 4<sup>a</sup> ed. Madrid: mcgraw-hill interamericana; 20014.