



Mi Universidad

Supernota

Nombre del Alumno: Esmeralda Monserrat Navarro Avendaño

Nombre del tema: Cuidados nutricional en condiciones especiales

Parcial: 3

Nombre de la Materia: Prácticas en nutrición clínica II

Nombre del profesor: Daniela Monserrat Méndez

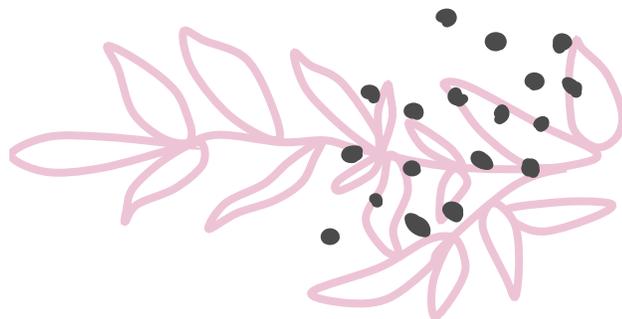
Nombre de la Licenciatura: Nutrición

Cuatrimestre: Noveno

CUIDADO NUTRICIONAL EN CONDICIONES ESPECIALES

3.1. Situación de ayuno, trauma y sepsis.

En muchos procesos patológicos, y por distintos motivos, debe modificarse el tipo de alimentación habitual del paciente. El resultado es la llamada dieta terapéutica o, también, régimen dietético.



Objetivo de las dietas terapéuticas en trauma y sepsis. Pueden ser varios:

- *La dieta es el único tratamiento de la enfermedad como, p. Ej., en algunos diabéticos del tipo ii, o en muchos casos de hipercolesterolemia.
- *La dieta forma parte del tratamiento junto a los fármacos.

Dieta terapéutica es una alimentación equilibrada en la que se han debido modificar uno o más parámetros (nutricionales, tipo de alimentos, tipo de cocción o de textura).

- ❖ La energía o valor calórico de la dieta, se disminuye en las dietas hipocalóricas o se aumenta en las hipercalóricas.
- ❖ Los glúcidos pueden modificarse respecto de su proporción en la dieta.
- ❖ Los lípidos deben modificarse, en cantidad o en calidad, en muchos procesos patológicos.
- ❖ Las proteínas deben reducirse en algunas insuficiencias renales; en cambio, en los grandes quemados se precisan dietas hiperproteicas.

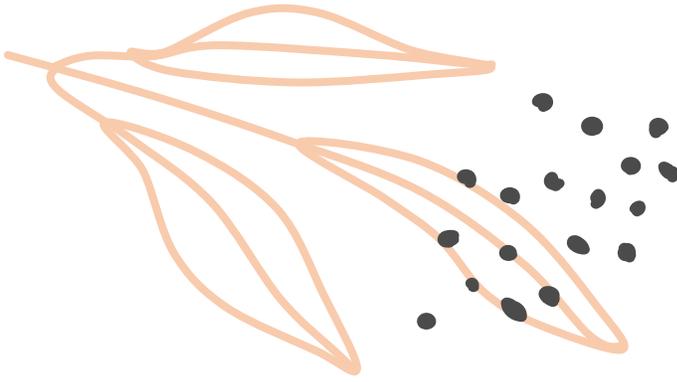
Cambios de cocción o troceado que se precisan en algunas dietas. muchas dietas requieren alimentos hervidos o a la plancha, pero no fritos.

El volumen o cantidad de un determinado alimento es un aspecto de la máxima importancia en la dieta indicada.



- Dietas cualitativas: En la úlcera gástrica o duodenal y en las hipercolesterolemias, p. Ej., se indican dietas de este tipo.
- Dietas cuantitativas: Es necesario además cuantificar las calorías y, por tanto, los hidratos de carbono, proteínas y grasas.
- Dietas completas: proporcionan al paciente la cantidad precisa, total de nutrientes y energía para cubrir sus necesidades.
- Dieta astringente rigurosa o una dieta de adelgazamiento de 1000 kcal/ día o menos.
- Dietas incompletas: se indican acertadamente, no obstante, lo dicho, durante los primeros días de reiniciar la alimentación después de una intervención quirúrgica.

3.2. Dietas progresivas en pacientes con trauma.



Dieta progresiva: dieta específica indicada en las distintas etapas evolutivas de una enfermedad, desde el inicio de la alimentación oral hasta llegar al mayor grado posible de normalidad.

La alimentación deberá restablecerse poco a poco, en pequeñas cantidades, con texturas fluidas y a base de alimentos de muy fácil digestión.

Fases de las dietas progresivas:

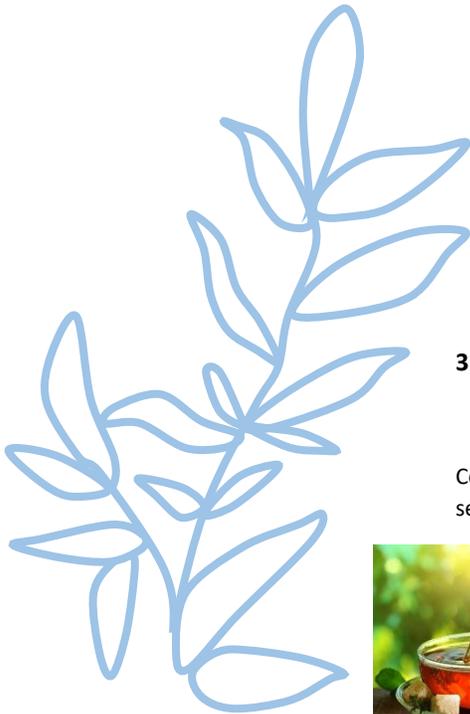
- Dieta absoluta.
- Dieta líquida.
- Dieta semilíquida.
- Dieta blanda.
- Dieta de fácil digestión.
- Dieta basal.



3.2.1. Dieta absoluta

Significa que el paciente no ingiere nada por la boca. Ya sea porque «no puede» o «no debe».

La reposición hidrosalina deberá efectuarse por vía endovenosa, o a través de una sonda de alimentación si ello fuera posible.



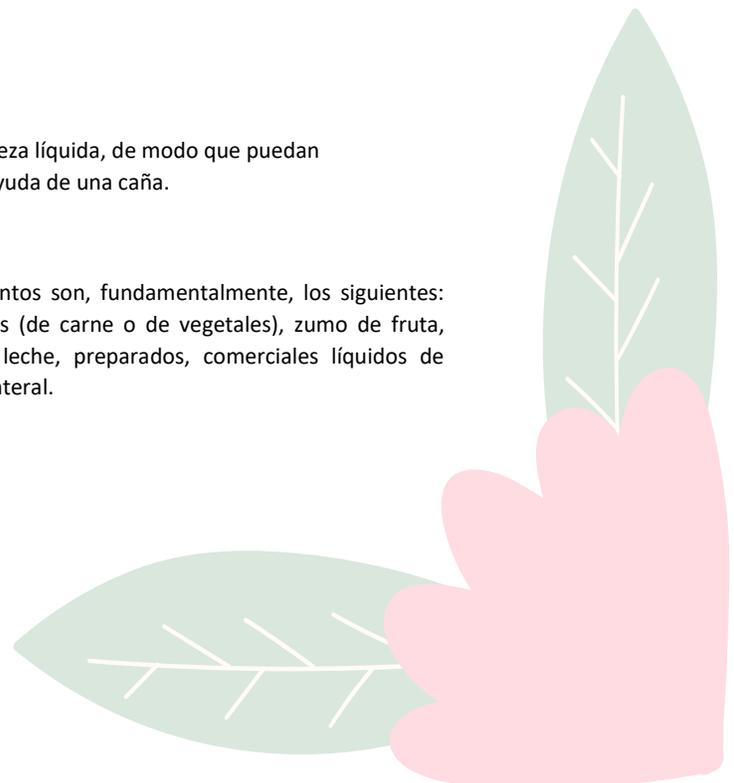
3.2.2. Dieta líquida

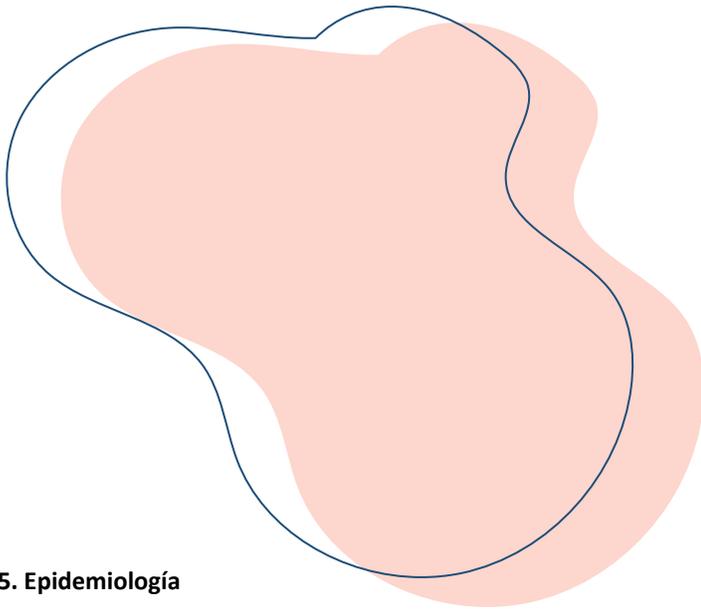
Compuesta por alimentos de naturaleza líquida, de modo que puedan ser bebidos o bien ingeridos con la ayuda de una caña.



Estos alimentos son, fundamentalmente, los siguientes: agua, caldos (de carne o de vegetales), zumo de fruta, infusiones, leche, preparados, comerciales líquidos de nutrición enteral.

Cada patología puede tener una dieta líquida específica; por ello, el médico responsable del paciente debe concretar la indicación.





3.5. Epidemiología

1991, la oms estimó que había de 8 a 10 millones de personas infectadas por el vih.

2003 había unos 40 millones de personas infectadas en el mundo.



3.4. Cuidado nutricional en los pacientes quemados.

Sida a la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia de los tipos 1 ó 2 y que se manifiesta con infecciones oportunistas o con ciertos tumores, en personas previamente asintomáticas, en las que se demuestra un déficit importante de su sistema inmunológico.



3.6. Malnutrición y sida

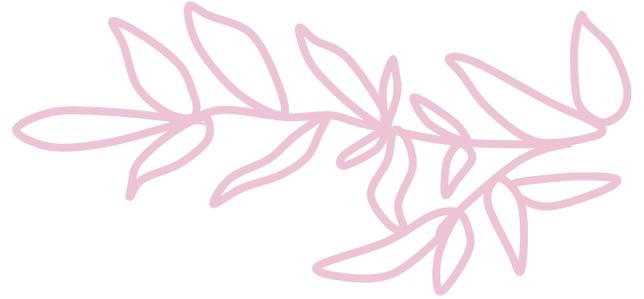
Complicaciones que acompañan al síndrome comprometen el estado de nutrición, llevando al enfermo a un estado de malnutrición característico y progresivo.



El desarrollo de esta malnutrición se debe a múltiples factores, como pueden ser:

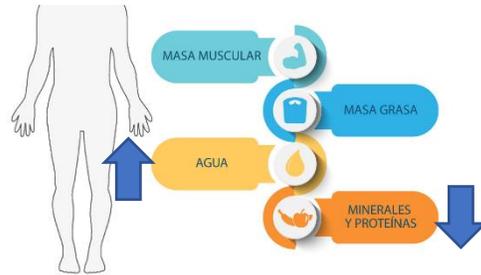
- *Déficit de ingesta por anorexia.
- *Déficit de ingesta por disfagia y cambios gustativos.
- *Déficit de ingesta por náuseas y vómitos.
- * Debilidad, fatiga, apatía e incluso demencia.

3.6.1. Pérdida de peso Varía de unos pacientes a otros, pero suele ser progresiva y grave.



3.6.2. Alteraciones en la composición corporal se aprecian un aumento en el porcentaje de agua corporal (extracelular) y fusión de masa muscular.

Disminución de proteínas circulantes y otros nutrientes.



3.6.3. Malabsorción, diarreas

Se observan diferentes grados de malabsorción en la mayoría de los enfermos, más importante en los que presentan diarreas, que agravan el cuadro de la pérdida de peso, que se convierte en un círculo vicioso difícil de tratar.

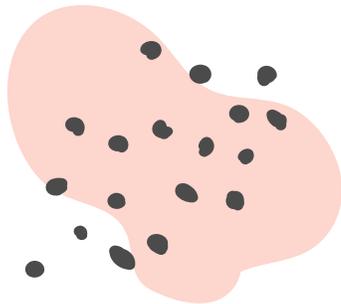


3.6.5. Terapia nutricional

Objetivos:

*Promover un estado de nutrición adecuado para favorecer el funcionamiento del sistema inmunitario.

*Mejorar la calidad de vida de estos enfermos, tan afectados tanto física como psíquicamente.



3.6.6. Necesidades nutricionales

Varían según que se encuentren en período asintomático o presenten algún tipo de complicaciones.

Debe tener en cuenta, de una forma especial, los siguientes parámetros:

Energía: Las necesidades energéticas varían según la evolución de la enfermedad. Se calculan unas 40–50 kcal/kg/día por término medio. Las recomendaciones basales se estiman por.

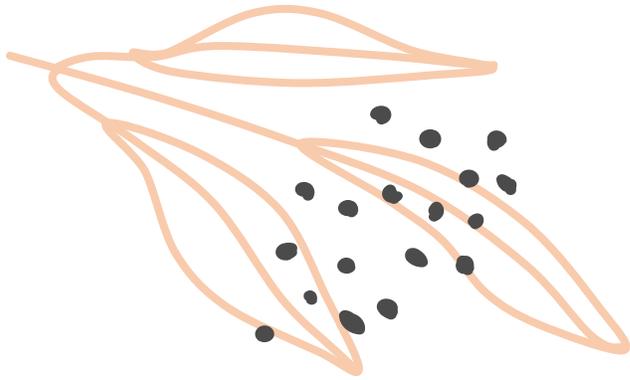
Lípidos: Las grasas son de gran ayuda cuando se desea incrementar el aporte energético, importante tomar aceites que contengan ácidos grasos esenciales (aceite de girasol y de oliva) y, también, pescados grasos por su contenido en ácidos grasos omega-3.

Proteínas: Para preservar la masa muscular, se considera un buen aporte la cifra de 1.5 a 2 g/kg/día. Cuando la situación es hipercatabólica pueden necesitarse hasta 2.5 g/kg/día.

Vitaminas, minerales y agua: Mantener una buena hidratación es importante siempre, vitaminas y minerales, se acepta en general la recomendación de

Suplementar entre un 100 y un 200 % las cantidades recomendadas para las personas sanas.





3.6.8. Infección asintomática

Las recomendaciones dietéticas para la persona seropositiva, aunque no presente ningún síntoma, se basan en replantear su alimentación, que en muchos casos no es adecuada, y orientarla dentro del esquema que rige el equilibrio alimentario.

3.6. 7. Estrategia nutricional

El método de elección para administrar las distintas sustancias es, sin duda, la vía oral, ya que permite mantener el funcionamiento e integridad de la mucosa intestinal.



3.6.9. Infección sintomática

Desde la aparición de síntomas hasta que se llega a padecer el síndrome completo se pueden apreciar cuadros y complicaciones diversas.

Las pautas alimentarias serán acordes con la evolución del proceso.

*Falta de apetito hasta anorexia grave: dar varias pequeñas ingestas, de elevada densidad calórica. Si necesario, en forma de dieta enteral.

*Molestias gástricas y náuseas, incluso vómitos: dieta seca, bebiendo entre comidas (pequeñas). Toma de antieméticos.



3.7.1. Desnutrición y cáncer

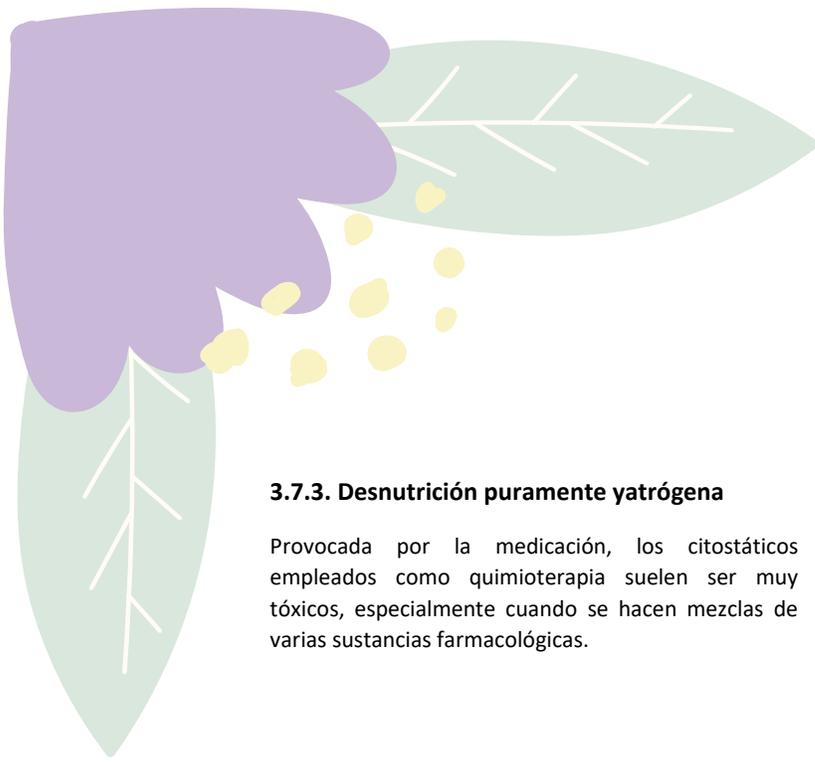
El enfermo que padece un proceso canceroso sufre una desnutrición específica que se caracteriza clínicamente por: • astenia. • adelgazamiento. • anorexia.

3.7. cuidado nutricional en pacientes con cáncer.

La oncología es la ciencia que estudia los procesos neoplásicos malignos.

Genéricamente, el término neoplasia indica «nuevo crecimiento».





3.7.2. Alteraciones metabólicas

- *El metabolismo basal se ve aumentado (a veces hasta un 50 %).
- *Aumento de la glucólisis anaerobia (provocado por el tumor).
- *Aumento de la producción de lactato.

3.7.3. Desnutrición puramente yatrógena

Provocada por la medicación, los citostáticos empleados como quimioterapia suelen ser muy tóxicos, especialmente cuando se hacen mezclas de varias sustancias farmacológicas.



3.7.4. Desnutrición por causas metabólicas

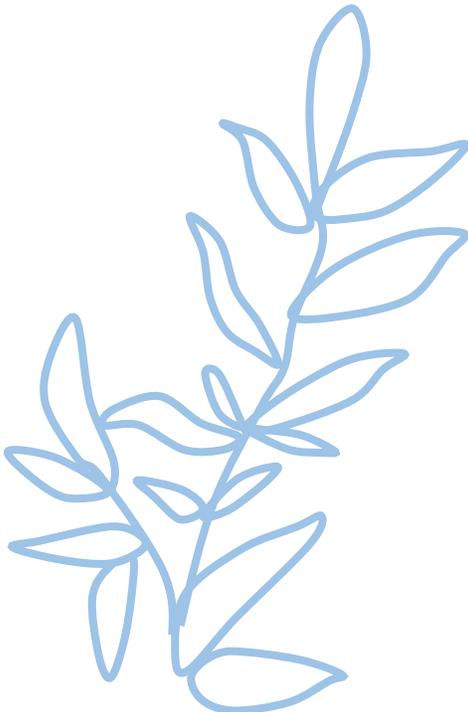
Provocada en general por el ritmo de crecimiento del tumor. Ya hemos mencionado los dismetabolismos. Cabe resaltar en especial los cambios en el metabolismo: Energético, proteico e hidrocarbonado.



3.7.5. Terapia nutricional

El principal objetivo de la intervención nutritiva es el de favorecer un estado de nutrición óptimo con la finalidad de:

- o Aumentar las posibilidades de una reacción favorable a los tratamientos.
- o Permitir una mejor tolerancia a los efectos secundarios de los mismos.





3.7.6. Estrategia nutricional

a) Preventivo: Se aplicará cuando el paciente presenta un buen estado de nutrición, que se prevé que pueda verse afectado por los tratamientos.

b) Coadyuvante o de mantenimiento: Cuando el estado de nutrición del paciente es deficiente, y debe someterse a tratamientos antineoplásicos, estará indicado un soporte nutritivo de cara a afrontar mejor las terapias indicadas.

c) Paliativo: El tratamiento de los enfermos en fase terminal, cuando las distintas terapias ya no pueden solucionar el proceso, se orientará a aliviar su sufrimiento, tanto físico como moral.



3.7.8. Alimentación en los procesos cancerosos

Las orientaciones dietéticas en estos pacientes se justifican por muchos motivos, entre ellos porque son inofensivas, son económicas y ayudan a mejorar el estado de ánimo y la actitud de muchos enfermos.



3.8. Cuidados nutricionales del paciente con diálisis

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

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.

3.8.2. Dieta en la hemodiálisis

Energía estos pacientes seguirán dietas normoenergéticas, adaptadas a la edad, la talla y el ejercicio físico. Deben evitarse las dietas hipocalóricas en los pacientes en normopeso, por las consecuencias metabólicas ya descritas. En caso de obesidad, deberá tratarse ésta de forma moderada.

Proteínas seguirán dietas normoproteicas, a las que se añaden 15-20 g de proteínas extra al día por las pérdidas en el líquido de diálisis. Esto supone 1.1 a 1.3 g de proteínas/kg/día.

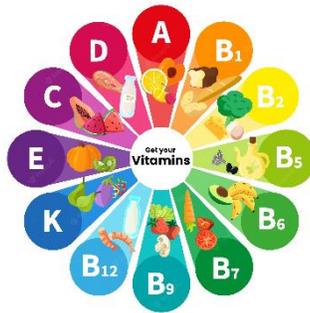
3.8.3. Vitaminas

Conviene administrar suplementos de vitaminas hidrosolubles, para compensar las pérdidas en el líquido de diálisis.



3.8.4. Aporte dietético de k y p.

Aporte de na se adecuará a cada caso, aunque, por lo general, debe reducirse a 1000-2000 mg al día.



3.8.5. Consumo de agua.

Debe disminuirse su ingesta, de manera que el aumento de peso del nefrópata entre dos sesiones de hemodiálisis no sobrepase 1-1.5 kg.



Bibliografía:

Universidad del sureste. (2022). *Antología de Practicas en nutrición clínica II.pdf* pág. 59-77 recuperado [Prácticas en nutrición clínica II.pdf](#)