



Nombre de alumno: Jenifer Elizabeth Velasco Hidalgo

Nombre del profesor: Daniela Monserrat Méndez Guillen

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico

Materia: Practicas de nutrición clínica II

Grado: 9º Cuatrimestre.

Parcial: 2.

Grupo: LNU17EMC0121- A

Comitán de Domínguez Chiapas, a 14 de junio de 2024

CUIDADOS PARA EL APOYO NUTRICIONAL

Nutrición enteral { Es administrada por vía digestiva, el px la recibe a través de una sonda de alimentación, en ocasiones puede ser oral.

Nutrición parenteral { Es administrada por vía intravenosa

Alimentos convencionales aptos para las dietas por sonda {

- Fuentes de hidratos de carbono: sacarosa, harinas, dextrinomalteadas, oligosacáridos.
- Fuentes de proteínas: carnes o pescados homogeneizados, leche, proteínas en polvo comerciales
- Fuentes de lípidos: aceites de oliva o semillas
- vitaminas y elementos químicos esenciales

Alimentos especiales para NE { Son productos en polvo o en estado líquido. La mayoría se presentan con una proporción de glúcidos, proteínas y lípidos de acuerdo con la alimentación equilibrada

Dietas peptídicas { Aquellas dietas casi elementales en las que los aminoácidos han sido sustituidos por péptidos pequeños (dipéptidos y tripéptidos, en su mayoría), y los monosacáridos por los oligosacáridos, manteniéndose los mct y una suficiente proporción de age.

Indicaciones de la NE {

- Trastornos de consciencia** { Accidente vascular cerebral: trombosis, hemorragia, embolia. — comas de otra etiología.
- Procesos oro-faringo-laríngeos** { Enfermedades neurológicas que impiden o dificultan la sinergia motora de la deglución.
- Anorexias graves** {
 - De origen orgánico o psíquico.
 - Anorexias neoplásicas.
 - Anorexia nerviosa (en situaciones críticas). Depresión grave.
 - Anorexias postirradiación (por neoplasia).
- Enfermedades digestivas de tipo quirúrgico** {
 - Postoperatorios de cirugía gástrica o esofágica
 - Obstrucción esofágica (por cáncer o por estenosis tras ingestión de cáusticos).
 - Fístulas enterocutáneas y dehiscencias de sutura posquirúrgica.
 - Otros postoperatorios en los que no es posible la alimentación convencional por boca.
- Enfermedades intestinales de tipo médico** { Puede estar indicada la dieta por sonda en algunas fases de la enteritis de crohn, enteritis actínica y otras.

Vías de acceso de las sondas de alimentación {

- Sonda nasogástrica** { La vía de entrada es uno de los orificios nasales, desde donde se hace progresar la sonda hasta la cavidad gástrica.
- Sonda naso-gastro-duodenal y naso-gastro-yeyunal** { El extremo distal queda situado en el interior del duodeno o del yeyuno.
- Sonda de gastrostomía** { La sonda se introduce en la cavidad gástrica a través de una incisión quirúrgica de la pared abdominal.
- Sonda de yeyunostomía** { La sonda queda situada en el interior de las primeras asas yeyunales, con el extremo externo pasando a través de la pared abdominal. Suele dejarse colocada durante el acto quirúrgico principal
- Faringostomía, esofagostomía** { La sonda se introduce, tras la correspondiente incisión y disección cervical o supraclavicular, a través de la faringe o el esófago, hasta llegar al estómago.

CUIDADOS PARA EL APOYO NUTRICIONAL

Técnica de colocación de la sonda nasogástrica

1. El paciente estará sentado o, al menos, lo más incorporado posible.
2. Se conseguirá su ayuda y consentimiento, con las explicaciones necesarias.
3. La sonda se lubricará con vaselina líquida o con agua, según el material.
4. Se introduce por uno de los orificios nasales hasta que llegue a la pared posterior de la faringe.
5. Se sigue introduciendo manualmente, pero ahora invitando al paciente a beber pequeños sorbos de agua, con lo que se agiliza el descenso de la sonda al tiempo que se impide su paso a las vías respiratorias.
6. Una vez que se llega a la longitud prevista, se fijará a la cara mediante un esparadrapo.

Tipos de sondas nasogástricas

- Material** { Se prefieren sondas de poliuretano y de silicona, materiales más flexibles, que permiten fabricarlas de menor grosor, por lo que son mucho mejor toleradas.
- Longitud y grosor** { Las sondas nasogástricas miden alrededor de 90 cm y los nasos gastroduodenales, de 105 a 110 cm. El grosor o diámetro interno de las sondas de alimentación es de poco más de 1 mm (algunas sondas de yeyunostomía) a 2-3 mm (sondas nasogástricas), en las modernas sondas de silicona o de poliuretano, y hasta de 5 mm o más en las de gastrostomía.

Tipos de sondas

- Sondas de gastrostomía** { Su principal indicación son los casos de estenosis esofágica (por neoplasia, estenosis cáustica). Las sondas utilizadas son las de tipo foley, pezzet o de punta redondeada. Su diámetro interior es de 5 a 10 mm o incluso más, por lo que permite el paso de partículas alimentarias de mayor grosor, como alimentos convencionalmente triturados.
- Sondas de doble luz** { Tienen uno de sus extremos internos colocados en el interior del estómago (para aspiración) y el otro en el duodeno o yeyuno (para alimentación). Existen también las gas sondas naso-gastro-duodeno-yeyunales, indicadas en algunos casos de lesiones altas.
- Sondas de yeyunostomía** { Son sondas finas, de silicona, que, como ya se ha dicho, coloca el cirujano en la intervención quirúrgica. La sonda queda introducida unos 35-40 cm dentro de la luz intestinal y fijada a la pared mediante una técnica apropiada.

Preparación y administración de las dietas por sonda

- Preparación** { Los recipientes ya llenos se mantendrán cerrados y en el refrigerador entre 0 y 3 °c, pero no más de 24 horas. Las dietas enterales comerciales, líquidas, no precisan ningún tipo de manipulación y son estériles.
- Administración en bolo** { Se efectúa infundiendo una determinada cantidad, a intervalos regulares, por medio de una jeringa, bolsa o botella adecuada
 - primer día: se prepara una cantidad total de unos 700-800 ml, a una concentración isoosmolar, o bien diluidos en agua (1:1 a 1:3). Se administrará a razón de 50-75 ml la primera vez; al cabo de 1 a 2 horas, otros 100-125 ml, que se repetirá cada 2 horas hasta finalizar la cantidad.
 - Segundo día: se prepara una cantidad de unos 1200 ml a una concentración nutritiva de 1:1 a 1:2; la cantidad por cada toma es de 200- 225 ml.
 - Tercer día: el volumen y la concentración serán crecientes, de unos 1500 a 1700 1:1 a 2:3, infundidos en 5-6 tomas iguales.
 - A partir de las 72 horas, puede prepararse la dieta completa, de unos 2300 ml a 2500 ml/día, a concentración normal. La cantidad/día se repartirá en 5 tomas iguales, de unos 450 ml cada una, que se pasarán por la sonda durante 15 ó 30 minutos. Se repetirá la toma cada 3-3.5 horas.
- Administración a débito continuo** { Administrar el líquido nutritivo a débito continuo, a semejanza de las venoclisis, para mejorar la tolerancia, o por otros motivos. Ello se realiza a través de una bolsa de nutrición o de una botella, conectados a la sonda

CUIDADOS PARA EL APOYO NUTRICIONAL

Cambio de sonda { Las sondas de pvc, polietileno se deben cambiar cada 7-14 días, y moverse 1-2 cm cada día. Las modernas sondas de silicona o de poliuretano, pueden tolerarse durante dos o más meses.

Técnica de administración a través de sonda de yeyunostomía { Consisten en adecuar la osmolaridad y la velocidad de entrada del alimento. La primera oscilará poco, alrededor de 300 mosm/l, no debiendo sobrepasar los 400 mosm/l. La velocidad de perfusión oscilará entre 60 y 120 ml/hora y tendrá lugar de modo continuo durante las 24 horas del día.

Complicaciones de la alimentación por sonda {

- Complicaciones digestivas**
 - Dolor abdominal.
 - Vómitos.
 - Diarreas.
- Complicaciones metabólicas**
 - Deshidratación
 - Hiperhidratación
 - Trastornos electrolíticos con el Na y el K
 - Hiperglucemia
- Complicaciones infecciosas** { Pueden ser debidas a la contaminación de la mezcla nutritiva, de las conexiones a de la bolsa. Adoptando las debidas medidas higiénicas, son muy poco frecuentes

Alimentación parenteral { La nutrición parenteral (np) se llama total (npt) si proporciona la totalidad de la energía y de los nutrientes requeridos, y parcial o hipocalórica si sólo lo hace en parte.

Indicaciones de la nutrición parenteral {

- fístulas digestivas proximales.
- pancreatitis aguda.
- síndrome de intestino corto.
- peritonitis.
- enfermedad inflamatoria intestinal (en fases de brote importante).
- cirugía digestiva.
- oncología (irradiación, quimioterapia).
- algunos trasplantes (de médula ósea y otros, siempre que se prolongue el ayuno).
- grandes quemados (si no es posible la nutrición enteral).
- algunos postoperatorios (con ayuno previsto superior a 5-6 días).
- sepsis postoperatorias.
- desnutridos, sin posibilidad de nutrición enteral.

Tipos de nutrientes apropiados en nutrición parenteral {

- Fuentes de glúcidos** { La glucosa es el glúcido por excelencia. Se acepta que no deben sobrepasarse 5 mg/kg/minuto, lo que significa 7.2 g/kg/día. Dosis mayores pueden ocasionar una degeneración grasa del hígado (esteatosis hepática).
- Fuentes de nitrógeno** { Son los aminoácidos, los cuales cumplen los requisitos de aprovechamiento metabólico e inocuidad. Las necesidades de n2 para un adulto alimentado mediante np son de 0.1 a 0.2 g/kg/día. En casos de hipercatabolismo, pueden llegar a ser necesarios 14 o incluso más gramos de n2 al día.
- Fuentes de lípidos** { Se dispone de emulsiones lipídicas aptas para ser administradas por vía endovenosa. Esto es muy conveniente para obtener el total energético necesario para nutrir a un paciente. Los lípidos tienen la ventaja de no aumentar la osmolaridad.
- Vitaminas y elementos químicos esenciales** { La vitamina b12 se administra aparte, por vía im, una o dos veces por semana. La solución nutritiva final debe ser estable.

CUIDADOS PARA EL APOYO NUTRICIONAL

Administración de la nutrición parenteral

Debe administrarse a través de una vena central, de grueso calibre, a fin de evitar la irritación local (flebitis grave) en relación con la alta osmolaridad

Complicaciones

Complicaciones mecánicas

La aguja de punción inicial, para introducir el catéter en la vena subclavia, puede rozar y desgarrar la pleura, ocasionando un neumotórax o un hemotórax.

Complicaciones metabólicas

Se relacionan, principalmente, con la cantidad de agua y electrolitos (exceso o defecto), la osmolaridad elevada (una entrada rápida es sumamente grave) y la glucosa infundida (hiperglucemia).

Complicaciones sépticas

Son debidas a la contaminación del líquido nutritivo, o de las vías de administración o de las conexiones.

Organización nutricional en situaciones especiales.

El objetivo es mantener el adecuado estado nutricional de la población ingresada e incluso de toda el área de salud. Para ello, hemos de disponer de una infraestructura que atienda a enfermos con alimentación oral y con nutrición artificial, por lo que es necesario dotar al hospital de un instrumento que, con garantías científicas, permita coordinar las actividades de los distintos departamentos hospitalarios implicados en esta área asistencial para contribuir a la recuperación de la salud de los pacientes con la máxima calidad nutricional y la mayor satisfacción alimentaria.

Objetivos generales de la unidad de nutrición clínica y dietética

Las funciones las dividiremos a fin de facilitar su comprensión en cuatro grupos

- asistenciales
- docentes
- administrativas
- de investigación.

Funciones de la unidad de nutrición clínica y dietética

Médicos y sus funciones

- planificar las dietas basal y terapéutica en colaboración con el resto de la unidad
- confeccionar los protocolos de nutrición artificial
- indicar y supervisar las pautas de nutrición artificial a su cargo,
- diagnóstico y tratamiento de patologías con implicación nutricional en pacientes hospitalizados y en consulta externa

Bromatólogo y sus funciones

- el control de calidad de los productos adquiridos por el hospital. De esta forma, un órgano es el que contrata (servicio de hostelería) y otro el que da el conforme al producto entregado (servicio de nutrición clínica y dietética)
- el seguimiento de la elaboración de alimentos. Reutilización de grasas, control de salsas, etc.
- la supervisión del mantenimiento de las condiciones organolépticas, bromatológicas e higiénicas de los alimentos hasta el momento de servirlos
- el control de puntos críticos de la cadena alimentaria.

Bibliografía:

 Universidad del Sureste 2024. Antología de prácticas de nutrición clínica II. Unidad II. Recuperado el 14 de junio de 2024.