



Nombre de alumno: Jenifer Elizabeth Velasco Hidalgo

Nombre del profesor: Daniela Monserrat Méndez Guillen

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Practicas de nutrición clínica II

Grado: 9º Cuatrimestre.

Parcial: 1.

Grupo: LNU17EMC0121- A

Comitán de Domínguez Chiapas, a 22 de mayo de 2024

La nutrición clínica es una disciplina que toma en cuenta el estado nutricional de las personas, su objetivo es prevenir los problemas nutricionales más frecuentes, el tratamiento y sus complicaciones. Por lo tanto, más adelante conoceremos sobre la valoración nutricional en pacientes hospitalizados, la determinación de la estructura y la composición corporal, determinaciones bioquímicas, la valuación clínica del estado nutricional, la valoración nutricional en pacientes con edemas, conocemos un poco más sobre la ascitis, su tratamiento, el tratamiento diurético, complicaciones inducidas por diuréticos, ascitis en gran volumen, también encontramos la valoración nutricional en pacientes con amputaciones, los transoperatorios y postoperatorios.

Valoración nutricional en pacientes hospitalizados

Para una valoración se utilizan herramientas como:

- Encuestas dietéticas
- Antropometría
- Indicadores bioquímicos
- Intervenciones terapéuticas específicas

El estado nutricional es el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas. Algunos de los datos que nos pueden ayudar a valorar el estado nutricional son:

- Determinación de la ingestión de nutrientes.
- Determinación de la estructura y composición corporal.
- Evaluación bioquímica del estado nutricional.
- Evaluación clínica del estado nutricional.

Existen 3 ámbitos distintos de encuesta:

- Escala nacional: hojas de balance alimentario que permiten conocer la disponibilidad de alimentos de un país.
- Escala familiar: encuestas de presupuesto familiar, inventarios dietéticos familiares.
- Escala individual: son encuestas nutricionales

Determinación de la estructura y composición corporal

Medidas antropométricas: se basan en tomar medidas de longitud y peso sobre el propio cuerpo y compararlas con valores de referencia en función de nuestra edad, sexo y estado fisiopatológico.

Talla y peso: son parámetros más habituales en los cuales se pueden calcular muchos índices como IMC o índice de quetelet.

La complejión ósea se suele determinar fácilmente midiendo la circunferencia de la muñeca con una cinta métrica inelástica, o también midiendo con un nonio o pie de rey la envergadura del codo.

Grasa corporal: para hacer la estimación de grasa subcutánea se miden pliegues cutáneos de distintos puntos del cuerpo con un lipocalíper o plicómetro.

Masa muscular: es el cálculo del perímetro muscular del brazo mediante determinación de la circunferencia o perímetro del brazo.

Otros métodos: la impedancia bioeléctrica se basa en el tejido magro que conduce mejor la electricidad que el tejido graso, la tomografía computarizada y resonancia magnética cuantifica la grasa de cada región y los ultrasonidos miden el grosor de la grasa.

Determinaciones bioquímicas

Existen dos tipos de análisis: los estáticos que miden el valor real del nutriente en una muestra concreta y los funcionales que cuantifican la actividad de una enzima que depende del nutriente de interés.

También existen 3 métodos posibles: aquellos que nos indican si hay un buen aporte o no a través de la dieta, los que nos indican si hay alguna función alterada que depende de la cantidad de nutriente en estudio, y, por último, existen métodos complementarios. Con estos últimos no podemos asegurar una posible deficiencia, pero ayudan a corroborar el diagnóstico.

Valuación clínica del estado nutricional

En caso de una malnutrición específica o generalizada los signos clínicos evidentes en ciertas zonas son la cara, el cabello, cuello, ojos, labios, dientes, encías, lengua, piel, uñas, tejido subcutáneo, abdomen, aparato genital, sistema esquelético y extremidades inferiores.

Otros sistemas de evaluación

Parámetros inmunológicos

Evalúan la situación nutricional disminuida, estos pueden ser el recuento total de linfocitos, recuento de linfocitos T, reacciones cutáneas de hipersensibilidad retardada, pruebas de transformación linfoblástica, determinación de inmunoglobulinas, capacidad bactericida intracelular de los polimorfonucleados, etc.

Grado de mineralización ósea

Utiliza la técnica de absorciometría de fotones basada en que el contenido mineral del hueso estudiado.

Pruebas funcionales

Las pruebas de función respiratoria valoran indirectamente la masa muscular a través de la funcionalidad de los músculos respiratorios y las dinamometrías valoran la fuerza de los músculos esqueléticos.

Valoración nutricional en pacientes con edema

Cuando la evaluación del estado de nutrición es aplicada para conocer el estado de un individuo tiene como finalidad última establecer las estrategias alimentarias o nutricias que permitan mejorar o mantener el estado de nutrición del sujeto en particular.

La mayoría de los pacientes con cirrosis hepática avanzada presentan una alteración de la homeostasis del volumen de líquido extracelular, lo que determina un aumento de la cantidad total de líquido extracelular que se acumula en las cavidades peritoneal y/o pleural y en el tejido intersticial. Las principales consecuencias clínicas de estas dos alteraciones son el desarrollo de hiponatremia dilucional y de síndrome hepatorenal (shr), respectivamente.

Ascitis

Una concentración sérica de creatinina superior a 1,5 mg/dl en ausencia de tratamiento diurético es indicativa de un filtrado glomerular inferior a 30 ml/min. El tratamiento de elección del shr es el trasplante hepático en aquellos pacientes que no presentan contraindicaciones para el mismo. No obstante, un porcentaje muy importante de pacientes fallecen antes de la realización del trasplante, en especial los que presentan shr tipo I.

Existen dos métodos terapéuticos que pueden cumplir esta función:

- ✚ El primer método consiste en la administración prolongada (15 días) de ornipresina, un derivado de la vasopresina que posee un intenso efecto vasoconstrictor sobre la circulación esplácnica, pero con menor potencia antidiurética.
- ✚ El segundo método terapéutico consiste en la reducción de la presión portal mediante la colocación de una dppi. Diversos estudios no controlados en grupos reducidos de pacientes han demostrado que la dppi mejora la función renal en los pacientes con shr 55, 56.

La hiponatremia dilucional es la consecuencia clínica de una intensa alteración de la capacidad renal de excretar agua y ocurre en el contexto de un aumento de la cantidad de agua corporal total que ocasiona una dilución del líquido extracelular. La hiponatremia dilucional se asocia con mucha frecuencia a retención de sodio intensa.

Tratamiento de la ascitis

El tratamiento de estos pacientes debe estar orientado a eliminar el líquido acumulado y prevenir su reaparición. La restricción de sodio en la dieta como objetivo del tratamiento dietético y farmacológico de la ascitis consiste en conseguir un balance negativo de sodio (excreción de sodio superior a la ingesta) lo que determina una reducción del volumen de líquido extracelular. Los pacientes con retención moderada de sodio (excreción basal de sodio > 10 meq/día) tendrán un balance de sodio que oscilará entre ligeramente positivo en algunos casos a negativo en otros. Por el contrario, los pacientes con retención de sodio muy intensa (excreción de sodio < 10 meq/día) tendrán un balance positivo de sodio muy marcado incluso en condiciones de dieta hiposódica. El incremento diario de sodio en el organismo será de 40-50 meq/día, lo que equivale a un aumento de aproximadamente 300 ml de líquido extracelular (aumento de peso de 300 g/día).

Aspectos actuales del tratamiento de la ascitis

Los pacientes con retención de sodio muy intensa podrían beneficiarse teóricamente de una restricción mucho más importante del contenido de sodio de la dieta (m 20 meq/día). Sin

embargo, dicha restricción es inviable en la práctica clínica puesto que empeoraría el estado nutricional de los pacientes y reduciría notablemente su calidad de vida. Los pacientes con retención de sodio intensa antes del tratamiento suelen requerir una restricción mantenida de sodio para prevenir la recidiva de la ascitis.

Tratamiento diurético

Los diuréticos más comúnmente utilizados en los pacientes cirróticos con ascitis son los antagonistas de la aldosterona, en especial la espironolactona, que inhiben la reabsorción de sodio al unirse al receptor mineralcorticoide presente en el túbulo colector cortical 9, 10. La dosis utilizada es variable (25-400 mg/día en dosis única), en función de la respuesta natriurética obtenida. La espironolactona se administra con frecuencia en combinación con diuréticos de asa, en especial furosemida (20-60 mg/día), que actúan inhibiendo el cotransportador $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-2Cl}^-$ en el asa de henle.

Los pacientes con ascitis y retención de sodio moderada deben ser tratados con espironolactona a dosis bajas (50-200 mg/día) asociada o no a dosis bajas de furosemida (20-40 mg/día). El objetivo del tratamiento es conseguir una pérdida de peso entre 300 y 500 gramos/día en los pacientes sin edemas y 800-1.000 gramos/día en los pacientes con edemas.

Ascitis refractaria es la que no puede eliminarse o cuya recidiva precoz no puede ser prevenida debido a la falta de respuesta a la restricción de sodio (50 meq/ día).

Ascitis no tratable con diuréticos. Ascitis que no puede eliminarse o cuya recidiva precoz no puede ser prevenida debido al desarrollo de complicaciones inducidas por el tratamiento diurético que evitan la utilización de una dosis de diuréticos eficaz.

Complicaciones inducidas por diuréticos:

- Encefalopatía hepática inducida por diuréticos: desarrollo de encefalopatía en ausencia de otros factores precipitantes.
- Insuficiencia renal inducida por diuréticos: aumento de la creatinina sérica superior al 100% por encima de 2 mg/dl en pacientes que responden al tratamiento diurético.
- Hiponatremia inducida por diuréticos: disminución de la concentración sérica de sodio superior a 10 meq/l hasta un nivel inferior a 125 meq/l.
- Hipo o hipercalcemia inducida por diuréticos: disminución de la concentración sérica de potasio por debajo de 3 meq/l o aumento por encima de 6 meq/l a pesar de adoptar las medidas necesarias para normalizar los niveles de potasio.
- Alteraciones del potasio, ginecomastia y calambres musculares.

Ascitis de gran volumen

La intensa retención de sodio se asocia con frecuencia a una alteración de la capacidad renal de excretar agua.

la mayoría de estos pacientes tienen una concentración sérica de sodio normal en condiciones basales puesto que son capaces de eliminar la ingesta normal de líquido (1.500-

2.000 ml/día). Sin embargo, pueden desarrollar hiponatremia dilucional (sodio sérico < 130 meq/l) cuando se aumenta la ingesta acuosa.

El tratamiento de elección para los pacientes con ascitis de gran volumen es la paracentesis terapéutica total (extracción de toda la ascitis en una única paracentesis) asociada a la administración endovenosa de albúmina. Si no se dispone de albúmina, los pacientes pueden ser tratados con paracentesis parcial (hasta 5 litros) asociada a la administración endovenosa de dextrano-70 o poligelina.

El método de elección para el tratamiento de los pacientes con ascitis refractaria es la paracentesis terapéutica con administración de albúmina. La anastomosis peritoneovenosa es eficaz en esta situación clínica, pero se utiliza con poca frecuencia debido a las complicaciones asociadas.

Valoración nutricional en pacientes con amputaciones

Los cuidados básicos son:

Nutricionales: el paciente debe tener un balance proteico controlado, ya que por causa de la depresión enfermedad de base, la ingesta puede ser baja.

Psicológicos: el medico puede realizar un apoyo psicoterapéutico, inicialmente reforzando la información al paciente y a su familia respecto a la gravedad de la enfermedad accidente, a las posibles otras alternativas quirúrgicas, a la necesidad de la amputación, sus ventajas, resolviendo la mayor parte de las incógnitas que se puedan presentar.

Físicos: el paciente, si es afectado de la extremidad inferior, a causa del dolor tiende a adoptar malas posturas en todo su cuerpo (escoliosis) específicamente para la extremidad que va a ser amputada (si se va a amputar el pie).

Se debe procurar que las articulaciones reposen en unos ángulos funcionales y movilizarlas en todo su arco de movimiento por lo menos tres veces al día durante mínimo cinco minutos. Debe flexionar y extender la rodilla varias veces al día. El paciente no debe permanecer acostado todo el día. Debe alternar perdidos de posición sentado con marcha, si todavía la puede realizar.

Médicos:

Vigilancia del estado hemodinámico, neurológico, trófico, y motor de la extremidad comprometida, así como de la sana. Debe cuidar y manejar si se presenta: la sobreinfección, las curaciones, la atención de la enfermedad de base (politraumatismo, diabetes, aterosclerosis) y las complicaciones propias del reposo prolongado (neumonías, tromboflebitis).

Transoperatorio

Otros procedimientos pueden ser: bypass vascular, limpiezas exhaustivas, injerto de hueso, rotación de colgajos de tejidos blandos. Si las condiciones se prestan tan solo para realizar

una buena amputación debe sugerirse el principio de oro: la máxima longitud con el mejor cubrimiento para obtener funciones, donde no sobresalga el hueso y donde el nervio quede bien acolchado dentro de capas musculares.

Postoperatorio

La atención general incluye: vigilancia del estado de ánimo, control del estado nutricional, utilización de posiciones convenientes en el lecho o fuera de él, que son las mismas explicadas y aplicadas en el preoperatorio. Adecuada deambulacion, pues debe incorporarse lo más pronto posible, sea la amputación de extremidad superior o inferior. Los cuidados del muñón: usualmente se deja un dren que se puede retirar hacia el tercer día, las curaciones. Si no hay infecciones, pueden ser una vez al día.

Como bien sabemos la ascitis es la acumulación excesiva de líquido en el abdomen, es muy importante tener en cuenta el papel que cada personal de salud juega durante estas enfermedades, por lo tanto, debemos establecer estrategias alimentarias para poder mejorar o mantener el estado de nutrición de nuestros pacientes.

Bibliografía:

- ✚ Universidad del Sureste 2024. Antología de prácticas de nutrición clínica II. Unidad I. Recuperado el 22 de mayo de 2024.