

UNIDAD I

PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN CLÍNICA II



VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

ALUMNO: SERGIO DANIEL GÓMEZ ESPINOZA

DOCENTE: DANIELA MONSERRATH MÉNDEZ GUILLÉN

24 de Mayo del 2025

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de pacientes postrados o que han sufrido una amputación, la nutrición es una pieza fundamental que muchas veces pasa desapercibida. No solo se trata de darles alimento, sino de hacer una valoración integral que considere no solo cuánto comen, sino también cómo está su cuerpo, su estado emocional, y las posibles complicaciones que puedan tener. Estos pacientes suelen presentar dificultades para mantener una alimentación adecuada debido a la enfermedad, al dolor, al estrés, o incluso a la depresión. Además, el cuerpo sufre cambios importantes: pérdida muscular, retención de líquidos, inflamación, y alteraciones metabólicas que pueden complicar la recuperación. Por eso, el trabajo del nutriólogo y el equipo de salud es clave para detectar estos problemas a tiempo y diseñar un plan que apoye la mejoría física y emocional, desde el control del edema y la ingesta de nutrientes, hasta la movilización temprana y el soporte psicológico.

La valoración nutricional de pacientes postrados tiene campo de acción desde la prevención de los problemas nutricionales más frecuentes, tratamiento de la enfermedad y complicaciones. Para llevar una valoración se utilizan herramientas como: encuestas dietéticas, antropometría, indicadores bioquímicos, interacciones terapéuticas específicas para cada situación especial como puede ser la alimentación oral y/o la nutrición artificial (enteral y parental). Otras cosas a tomar en cuenta y que no debemos olvidar son los detalles, como preguntar si el paciente ingiere agua para las pastillas o si de plano no toman, hay que preguntar si toman leche, si tiene estreñimiento, si tolera alientos sólidos, ese tipo de pequeños detalles, también algo que no debe pasarse por alto es si es checar el nivel de edema y controlar el nivel de sodio, etc.

Hay que recordar como nutriólogos que nuestro objetivo es siempre evitar la desnutrición, hablando de eso el estado nutricional, este se puede definir como 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. Por eso, cuando se ingiere menor cantidad de calorías y/o nutrientes de los requeridos, se reducen: las existencias de los distintos comportamientos corporales y el organismo se vuelve más sensible a descompensaciones provocados por un traumatismo, una infección o una situación de estrés. Por lo contrario, cuando se ingiere más de lo que se necesita para realizar las actividades habituales, se incrementan las reservas de energía de nuestro organismo fundamentalmente ubicadas en el tejido adiposo. Es importante fijar bien el objetivo de la evaluación nutricional para no perder tiempo y dinero en análisis innecesarios.

Los datos que se necesitan para la evaluación nutricional son la determinación de la ingestión de nutrientes, determinación de la estructura y composición corporal, evaluación bioquímica del estado nutricional y evaluación clínica del estado nutricional.

En la determinación de la ingesta de nutrientes nos metemos en el estilo de vida de nuestro paciente, consiste en cuantificar los nutrientes ingeridos durante un período que permita suponer que responde a la dieta habitual. Es imposible hacer un análisis químico de los nutrientes ingeridos en nuestros alimentos, lo más habitual es recurrir a las encuestas dietéticas. Podemos realizar un R72H, puede servir para verificar qué alimentos frecuentan más, para sacar un estándar de cuantas calorías consume.

Existen 3 ámbitos distintos de encuestas:

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

Dentro de la determinación de la estructura y composición corporal las medidas antropométricas toman un papel importante, la talla, la constitución y la composición corporal están ligadas a factores genéticos. Las medidas antropométricas son técnicas no

invasivas, rápidas, sencillas y económicas. Otros métodos para determinar la composición corporal son la impedancia bioeléctrica, la tomografía computarizada y resonancia magnética, y ultrasonidos.

Cuando hablamos de nutrición, muchos piensan directo en dietas, calorías o en lo que comemos día a día, pero la neta es que va mucho más allá. Uno de los aspectos más importantes y confiables es la evaluación bioquímica, ya que nos permite saber de forma objetiva qué tan bien (o mal) está funcionando el cuerpo en cuanto a nutrientes. Y digo “objetiva” porque estos estudios se hacen en laboratorios con un control de calidad bien estricto, así que no hay pierda.

Existen dos tipos de análisis bioquímicos: los estáticos y los funcionales. Los primeros miden directamente cuánto hay de un nutriente en una muestra (como hierro en suero o zinc en cabello), mientras que los funcionales se fijan en cómo funciona una enzima o proceso que depende de ese nutriente. Por ejemplo, la ferritina es un buen indicador de las reservas de hierro, y la homocisteína nos puede dar pistas de cómo anda el cuerpo con vitaminas como el ácido fólico o B12.

Además, se usan distintos métodos según lo que se quiera saber: unos nos dicen si la dieta es buena, otros si alguna función del cuerpo anda fallando por falta de algún nutriente, y otros que no son concluyentes, pero ayudan a completar el diagnóstico.

Un ejemplo chido es la determinación de creatinina en orina, que se usa para estimar la masa muscular. Como la creatinina viene de la creatina fosfato (que está casi toda en los músculos), su excreción suele ser constante, pero se puede alterar con ejercicio intenso, exceso de proteínas o problemas renales. Así que no es solo hacer pesas y ya, también hay que ver cómo responde el cuerpo a todo eso.

Por otro lado, está la evaluación clínica del estado nutricional. Aquí ya no se trata de números fríos, sino de ver físicamente qué está pasando con la persona. Cuando alguien tiene una malnutrición grave, el cuerpo lo refleja: en la cara, cabello, ojos, uñas, piel... prácticamente en todo el cuerpo. Y sí, aunque suena muy visual, estos signos son importantes para darnos cuenta cuando algo no está bien.

También hay otros métodos que completan la evaluación. Por ejemplo, los parámetros inmunológicos. Sabemos que el sistema inmune depende cañón del estado nutricional, así que cosas como el recuento de linfocitos o ciertas pruebas inmunes pueden ayudarnos a detectar casos de malnutrición “escondida”, como en la bulimia. A veces la persona se ve sana por fuera, pero su sistema inmune dice lo contrario.

Luego tenemos el tema de los huesos. Para eso se usa la técnica de absorciometría de fotones, que suena muy de laboratorio, pero básicamente mide qué tanto mineral tiene el hueso, lo cual es súper útil para saber si hay riesgo de osteoporosis o algo similar.

Y si hablamos de funcionalidad, no podemos dejar fuera pruebas como las de función respiratoria o las dinamometrías. Estas no miden nutrientes como tal, pero sí nos dicen

cómo está la masa muscular al ver qué tanta fuerza puede hacer una persona o cómo respira. Sirven mucho en pacientes mayores o en personas que estuvieron mucho tiempo en cama.

Otro tema importante es cómo evaluar a pacientes con edema, como los que tienen cirrosis hepática. Estos pacientes tienen una retención de líquidos cañona, especialmente en el abdomen (ascitis) o en las piernas. Todo esto pasa por una alteración en la regulación de sodio y agua, principalmente en los riñones, y puede llevar a complicaciones como la hiponatremia o el síndrome hepatorenal, que ya son cosas serias.

Al final, toda esta información no es solo para llenar una hoja de diagnóstico, sino para poder actuar y aplicar estrategias nutricionales que de verdad ayuden a mejorar la salud de las personas. Ya sea a nivel poblacional, para hacer políticas públicas, o de manera individual, lo importante es tener claro que la nutrición es mucho más que solo comer bien: es entender cómo funciona el cuerpo y cómo todo está conectado.

Cuando hablamos de ascitis, nos referimos a esa acumulación de líquido en la cavidad abdominal que muchas veces aparece como consecuencia de la cirrosis hepática. Y sí, suena feo... y lo es. No solo porque causa molestias físicas y complica el día a día del paciente, sino porque también se relaciona con fallas importantes en el cuerpo, como lo es el síndrome hepatorenal (SHR).

Una cosa que hay que tener muy en cuenta es que evaluar la función renal en estos pacientes no es tan fácil como parece. La concentración de creatinina en suero, que normalmente usamos como indicador de cómo están funcionando los riñones, se queda corta en estos casos. ¿Por qué? Porque las personas con cirrosis suelen estar en un estado nutricional tan malo que ya ni producen suficiente creatinina. O sea, aunque el nivel de creatinina en sangre no se vea tan alarmante, el filtrado glomerular (que nos dice cómo están trabajando los riñones) puede estar bien bajo.

Cuando la creatinina sérica pasa de 1.5 mg/dl (sin que el paciente esté tomando diuréticos), probablemente el filtrado ya esté por debajo de 30 ml/min. Y aquí empieza el verdadero problema: el famoso SHR. El tratamiento más efectivo hasta ahora sigue siendo el trasplante hepático, pero no todos los pacientes logran llegar a esa opción, sobre todo los que tienen SHR tipo I, que es el más grave y rápido en avanzar.

Recientemente se han estado probando dos tratamientos nuevos para darle pelea al SHR. Uno es la ornipresina, una sustancia parecida a la vasopresina que actúa como vasoconstrictor (pero sin tantos efectos diuréticos), y el otro es la colocación de un shunt portosistémico intrahepático (DPPI), que básicamente reduce la presión en la vena porta. Ambos tratamientos han mostrado mejorar la función renal, pero también pueden causar efectos secundarios, como isquemia o encefalopatía, que hacen que no sean la solución mágica todavía.

Para diagnosticar el SHR se siguen ciertos criterios mayores: creatinina elevada, sin shock ni infecciones, sin mejoría después de suspender diuréticos y expandir volumen, y sin

otras enfermedades renales. Además, hay otros criterios extra como poca orina, sodio urinario bajísimo y sodio en sangre por debajo de 130 meq/l.

Hablando de sodio, la hiponatremia dilucional es otro tema que da lata. Pasa cuando los riñones ya no pueden sacar agua del cuerpo, y se empieza a diluir el sodio en la sangre. Esto se da junto con retención de sodio y líquidos, o sea, se junta todo el problema. El único tratamiento efectivo por ahora es restringir el agua. No se recomienda meter sueros salinos, porque lo único que se logra es empeorar la ascitis y los edemas.

En cuanto al tratamiento de la ascitis, la idea principal es quitar ese exceso de líquido que causa molestias, y evitar que regrese. Lo primero que se hace es restringir el sodio en la dieta. Aquí la cosa es lograr que el cuerpo elimine más sodio del que se consume para que empiece a sacar el exceso de agua. El problema es que no todos los pacientes responden igual: hay quienes con una dieta baja en sodio mejoran bastante, y otros que ni así lo logran. En esos casos se recurre a diuréticos.

Eso sí, si se reduce demasiado el sodio en la dieta, el paciente puede empeorar su estado nutricional, lo cual no ayuda en nada. Por eso, si la ascitis se controla, se puede intentar subir poquito a poquito el sodio en la dieta, pero siempre con cuidado.

La amputación es una práctica quirúrgica con una historia milenaria, conocida desde tiempos del hombre de Neanderthal, y utilizada tanto por traumatismos accidentales como por indicaciones terapéuticas desde la época de Hipócrates. En la actualidad, el manejo integral del paciente amputado comprende no solo el acto quirúrgico, sino también una cuidadosa atención pre y postoperatoria. Dentro de este abordaje multidisciplinario, la valoración y cuidado nutricional adquiere un papel crucial para optimizar la recuperación y mejorar la calidad de vida del paciente.

El éxito del tratamiento nutricional en pacientes con amputaciones depende en gran medida del balance proteico y energético, ya que la ingesta puede verse afectada por la depresión y el estado general debilitado que suelen presentar estos pacientes. Por esta razón, es fundamental no solo proporcionar una alimentación adecuada, sino también motivar activamente al paciente para que consuma los alimentos necesarios. En este proceso, la colaboración familiar resulta un apoyo invaluable, favoreciendo un ambiente de estímulo y acompañamiento.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la valoración nutricional en estos pacientes es un proceso complejo y multidimensional, donde cada detalle cuenta para mejorar su calidad de vida. No solo se trata de evitar la desnutrición o la malnutrición, sino de entender cómo el cuerpo responde a la cirugía, el reposo prolongado, y la enfermedad de base. El seguimiento continuo, la motivación del paciente y el apoyo familiar son esenciales para asegurar que el tratamiento nutricional sea efectivo. Además, el manejo de complicaciones como la retención de líquidos, la hiponatremia o el síndrome hepatorrenal requiere un enfoque cuidadoso y especializado. En definitiva, una buena valoración y cuidado nutricional pueden hacer la diferencia entre una recuperación lenta y difícil, y una rehabilitación exitosa que permita al paciente recuperar su autonomía y bienestar lo antes posible.

Referencias bibliográficas.

Antología de Universidad del Sureste (2025). Prácticas en nutrición clínica II.