



Universidad
Tecmilenio®



Nutrición Clínica

Cuidado nutricional en
patología renal



La creatinina está elevada

El Sr. Agustín, de 30 años de edad, consultó en septiembre del año pasado por malestar general, dijo no poder moverse adecuadamente, además de presentar disminución en la cantidad de orina y edema de varias semanas de evolución. En el último año ha ganado casi 10 kg. El paciente señaló que es alérgico a la penicilina, pero no ha recibido tratamiento farmacológico que podría haber alterado su estado habitual.

Se realizó una exploración física y los valores obtenidos son los siguientes:

- Tensión arterial: 140/110 mmHg (elevada)
- Creatinina: 2.2 mg (elevada)
- Proteinuria 4.9 g/24 horas (elevada)

La historia clínica del paciente refleja que es diabético y utiliza insulina en su tratamiento, pero con mal control de sus glicemias, teniendo glicemias diarias de hasta 300 mg/dl desde hace 8 años.

- ¿Qué está pasando con este paciente?
- ¿Es posible que la historia de diabetes se relacione con sus problemas renales?
- ¿Qué tipo de menú podrías sugerir para un paciente diabético con problemas renales?



Insuficiencia renal aguda y crónica

La insuficiencia renal aguda es un síndrome clínico que se caracteriza por una alteración aguda del funcionamiento del riñón, que se puede definir como una reducción brusca de la velocidad de la filtración del glomérulo que podría ser reversible según las causas que lo estén desencadenando. Existen causas prerrenales, renales y postrenales que podrían estar ocasionando el problema. Algunos ejemplos de causas prerrenales son una insuficiencia cardíaca congestiva o una baja de presión (hipotensión). En cuanto a las causas renales podría ser una necrosis tubular aguda, glomerulonefritis aguda, vasculitis, o hipertensión maligna. Por otro lado, algunos ejemplos de las postrenales podrían ser una obstrucción de los uréteres o una obstrucción de la vesícula.

Para detectar estas alteraciones del riñón se deben solicitar los siguientes análisis al paciente:

1. Uroanálisis
2. Electrolitos en sangre y orina
3. Creatinina sérica
4. Nitrógeno ureico sanguíneo, también llamado BUN (*blood urea nitrogen*)



Los principales síntomas de la insuficiencia crónica son orina abundante, sed intensa en el diabético o dolores de cabeza en el hipertenso, además de orinas con espuma o de color café oscuro, así como ganas de orinar durante la noche. Cuando va evolucionando la insuficiencia renal, el paciente puede aparecer irritable, con falta de apetito, vómitos y cansancio (Márquez y Anaya, 2007).

Pueden producirse alteraciones a nivel electrolitos, de sangre, cardiovasculares, óseas y del sistema nervioso.

Observa a continuación cuáles afectaciones se presentan en los diferentes sistemas del cuerpo del paciente.

- **Sistema nervioso**
Afectación cerebral (encefalopatía) y de los nervios periféricos (neuropatía).
- **Sangre**
Anemia, alteración de las plaquetas, inmunodepresión.
- **Sistema cardiovascular**
Hipertensión, insuficiencia cardiaca, arterosclerosis coronaria, arritmias.
- **Aparato digestivo**
Hemorragia digestiva, gastritis.
- **Hueso**
Osteodistrofia renal, depósitos de calcio fuera de los huesos.
- **Sistema endocrino**
Colesterol o triglicéridos elevados, diabetes, impotencia sexual, infertilidad.
- **Trastornos del medio interno**
Alteraciones de los electrolitos en la sangre.

Tratamiento nutricional

En todos los casos, sea cual sea la alteración renal, el objetivo será cubrir las necesidades de energía y nutrientes de forma individualizada a fin de mantener o conseguir un adecuado estado nutricional, disminuir el progreso del daño renal y proteger el riñón. En mi experiencia, he visto que, si la dieta no se modifica, el paciente puede llegar a dañar su riñón irreversiblemente. En caso de que el tratamiento nutricional sea adecuado, el paciente puede mejorar su calidad de vida significativamente.

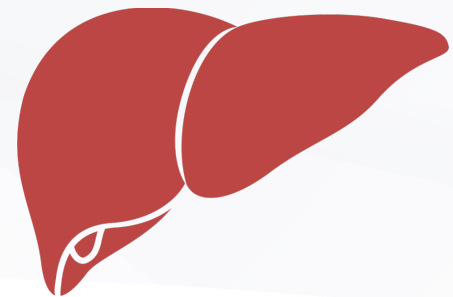
Sobre la **energía**, para el paciente renal se sugieren 35 kcal/kg/día. En caso de anorexia es frecuente que se recurra a preparados comerciales con alto contenido calórico y bajo aporte de proteínas, sodio y potasio. Es importante controlar el peso y la actividad física. Se deben contabilizar un 40% de carbohidratos y hasta un 55% de lípidos. La relación de poliinsaturados a saturados deberá ser de 1.5 a 1 (Márquez y Anaya, 2007).



La ingesta de carbohidratos debe aportar el 40% de las calorías, dando preferencia a los complejos.

Por otra parte, las alteraciones en el metabolismo de las **grasas** en el paciente renal aparecen desde el inicio de la enfermedad. Los niveles elevados de urea pueden provocar dislipidemia primaria y otros trastornos en pacientes determinados genéticamente.

La manifestación más grave de alteración del metabolismo **proteico** es la acumulación de residuos nitrogenados que conduce al paciente a una uremia. Las recomendaciones de proteínas para estos pacientes son de 0.8 g/kg/día. Lo que ocurre es que la población, en general, consume un exceso de proteínas y es importante ajustar la dieta. Del total de proteínas, un 60-70% deberá ser de alto valor biológico. Los pacientes en diálisis deben consumir una mayor cantidad de proteínas, ya que mediante el líquido de diálisis pueden perderse de 2-3 g/h de aminoácidos. Se recomienda el aporte de 0.8-1.5 g de proteína/kg de peso/día, siendo un 50-75% de alto valor biológico.





Finalmente, es importante poner un límite al sodio, fósforo y potasio ingeridos. El agua no se limita en fases muy avanzadas, siendo más importante controlar el sodio. El agua se debe restringir juntamente con el aporte de sodio cuando existe acumulación excesiva de líquidos.

En las fases terminales de la insuficiencia renal crónica, el potasio no puede eliminarse del cuerpo, por lo que es necesario restringir la ingesta en la dieta. Se tienen que tomar en cuenta las frutas y verduras (Mataix, 2002).

Instrucciones:

- Investiga sobre lo que pueden y no pueden consumir las personas con problemas en los riñones.
- Inventa o rediseña una receta sencilla que puedan realizar para comer en el desayuno.
- ¿Cuál es el tipo de cocción? ¿Cuánta proteína tiene? ¿Cuántas grasas y azúcares?



Como en el caso que se menciona inicialmente, es frecuente que el paciente con problemas renales tenga problemas de malnutrición ocasionados por falta de apetito, vómitos, náuseas, etcétera, y también por las restricciones dietéticas propias de la patología. Un adecuado aporte nutricional se asocia a una disminución de las complicaciones y a un aumento de la esperanza y calidad de vida del paciente.

Es importante que se tome en cuenta que las proteínas deberán ser un tema central en el tratamiento nutricional del paciente, ya que podrían ocasionarle una uremia, cuando no cuenta con un cálculo adecuado de cuánto consumir. Los carbohidratos también deberán cuidarse debido a que el paciente podría presentar resistencia a la insulina. De igual forma, es importante cuidar el fósforo, sodio, potasio, líquidos y lípidos.

- ¿Qué consideras eje central en el tratamiento nutricional de este paciente?
- ¿En qué casos deberá restringirse el aporte de agua?
- ¿Crees que el tipo de régimen alimenticio en estos pacientes tiene posibilidad de flexibilidad?



Nutrición Clínica

Cuidado nutricional en patologías
hepáticas y de las vías biliares



¿Los triglicéridos elevados causan pancreatitis?

Laura es una mujer de 32 años que ha sido hospitalizada doce días en la unidad de cuidado intensivo por presentar un cuadro de un día de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio no irradiada. Este cuadro no cede con administración de ranitidina. Laura fue valorada en el servicio de urgencias, donde se encontró hiperamilasemia e hipertrigliceridemia (5.080 mg/dl), con ecografía de hígado y vías biliares dentro de límites normales. Como presentaba deshidratación y dolor severo, se manejó en la unidad de cuidado intensivo.

Un antecedente importante del historial clínico de Laura es que presenta obesidad y dislipidemia en manejo con lovastatina 20 mg/día y gemfibrozilo irregularmente, además, usa productos homeopáticos (espirulina y vinagre de manzana). Al examen físico de ingreso, como hallazgos relevantes, se encontró que la paciente estaba somnolienta, taquicárdica, deshidratada, con IMC 32,5, abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, sin otro hallazgo anormal al examen físico.

Sus signos vitales mantenían estos registros:

- Tensión arterial 114/70
- Frecuencia cardiaca: 105 por minuto (elevado)
- Frecuencia respiratoria: 28 por min (elevado)

Se hizo el diagnóstico de pancreatitis aguda severa secundaria a hipertrigliceridemia. Se manejó multidisciplinariamente con los servicios de gastroenterología y soporte nutricional, se inició infusión de insulina con descenso significativo de triglicéridos a las 48 horas. Al noveno día de hospitalización, Laura mostraba una apariencia clínica normal sin dolor. Dada su evolución, se decidió trasladarla a piso.

- ¿Qué está pasando con este paciente?
- ¿Qué objetivos de tratamiento nutricional se plantearían con este paciente?
- ¿Qué tipo de menú está sugerido en una situación así?

Pancreatitis aguda

Las pancreatitis agudas se definen como un proceso inflamatorio donde se encuentran efectos primarios del páncreas y efectos secundarios de otros órganos. Aquella que es clasificada como aguda se caracteriza por tener **pocos** remedios eficientes para tratamiento y el curso clínico variable. A menudo, la presentación varía entre individuos. Es una enfermedad que se considera de evolución moderada, autolimitada, requiere una terapia mínima o breve y se hospitaliza cuando hay mucho dolor.

En los pacientes con pancreatitis agudas existen deficiencias nutricionales, particularmente cuando la evolución de la enfermedad es prolongada y complicada. Habitualmente se encuentra una desnutrición en un 30% de los pacientes al momento del inicio del ataque de pancreatitis. La mayoría de los pacientes con un ataque leve no estará desnutrida y será capaz de reasumir la realimentación entre cinco y siete días, de tal manera que no es necesaria la intervención nutricional (Sax, et al. 1987).

La pancreatitis aguda grave induce un estado catabólico similar al de un traumatismo y al de la sepsis, lo que culmina en pérdida de peso, proteínas y grasa, teniendo un pronóstico menos favorable (Feller, Brown, MacLaren y Thompson, 1974). Los pacientes con pancreatitis tienen un aumento en sus necesidades metabólicas basales, ya que el gasto energético hace que consuman más proteína de su cuerpo. Existe un balance nitrogenado negativo, creándole efectos adversos. Pueden llegar a perder de 20 a 40 gramos de nitrógeno.

Feller, J., Brown, R., MacLaren, G., y Thompson, A. (1974). Changing methods in the treatment of severe acute pancreatitis. *The American Journal of Surgery*. Recuperado de [https://www.americanjournalofsurgery.com/article/0002-9610\(74\)90157-3/fulltext](https://www.americanjournalofsurgery.com/article/0002-9610(74)90157-3/fulltext)

Sax, H., et al. (1987). Early total parenteral nutrition in acute pancreatitis: Lack of beneficial effects. *The American Journal of Surgery*, 153(1). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000296108790211X>

Nutrición en enfermedades hepáticas

El hígado realiza múltiples movimientos metabólicos para mantener un estado nutricional adecuado en nuestro cuerpo. Las principales funciones incluyen lo siguiente:

- Síntesis de proteínas plasmáticas
- Excreción de bilis
- Metabolismo de toxinas
- Control de transferencia de nutrientes entre compartimentos corporales durante el ayuno

Las enfermedades hepáticas pueden dividirse en categorías según la duración o las causas, por ejemplo, aguda, crónica, subaguda o por causas virales, autoinmunes, etcétera. Es común que exista la desnutrición calórico-proteica en estas enfermedades y déficit de nutrientes, ocasionando una disfunción en las células del hígado.



La valoración nutricional en pacientes con enfermedades hepáticas es difícil de realizar, ya que muchos de los indicadores tradicionales (albúmina sérica, tiempo de protrombina y peso corporal) se encuentran alterados por los mismos problemas hepáticos. Por otra parte, no existe una clasificación universal que nos permita realizar una valoración combinada adecuada para evaluar a estos pacientes. Solo hay parámetros que pueden indicar la desnutrición calórico-proteica (ASPEN, 2002).

Las medidas antropométricas más utilizadas para evaluar a estos pacientes son el pliegue tricípital y la circunferencia media muscular del brazo. Estos parámetros siguen siendo los más útiles para evaluar la masa grasa y muscular.

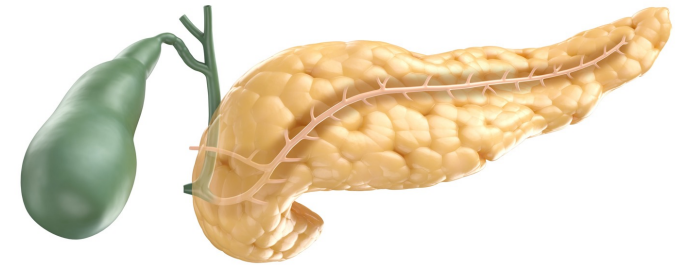
Tratamiento nutricional en las patologías

Para la pancreatitis aguda, el manejo nutricional debe guiarse por cuatro principios básicos:

1. El metabolismo alterado debe ser corregido con un aporte adecuado de nutrientes.
2. Evitar complicaciones como la sobrealimentación.
3. Reducir la estimulación pancreática.
4. Atenuar el síndrome clínico.

De acuerdo con las Guías de la European Society for Parenteral and Enteral Nutrition sobre nutrición en la pancreatitis grave (2002), las necesidades nutricionales en la pancreatitis aguda son las siguientes:

- Energía de 25 a 35 kcal/kg al día
- Proteínas de 1.2 a 1.5 g/kg al día
- Carbohidratos 3-6 g/kg al día con una concentración en sangre de glucosa menor a 10 mmol/L
- Lípidos: hasta 2 g/kg concordando con una concentración sérica de triglicéridos menor a 12 mmol/L





Algunas investigaciones se orientan a confirmar que estimular directamente al estómago, duodeno y yeyuno por medio de nutrición enteral podría agravar la pancreatitis aguda grave. Por muchos años, la vía parenteral fue la preferida para la provisión de nutrientes en estos pacientes.

En relación con la terapia nutricional de pacientes hepáticos, es importante contar con un equipo multidisciplinario para trabajar con ellos. Independientemente de la causa de la enfermedad, la presentación de esta se observa con náusea y vómito. Las consecuencias nutricionales son mínimas si el paciente tiene una enfermedad de duración corta.

La esteatosis hepática (hígado graso) se presenta cuando se incrementa la movilización de ácidos grasos desde el tejido adiposo y se disminuye la oxidación hepática de los mismos. La desnutrición proteico-calórica es el problema más grave de estos pacientes. Es necesario realizar un diagnóstico e intervención tempranos.

Instrucciones:

1. Investiga qué suplementos nutricionales pueden utilizarse en pacientes con enfermedades hepáticas.
2. Escribe los cuatro suplementos que más te llamaron la atención; determina cuál es la mejor opción a utilizar para un paciente diabético y por qué.



En casos relacionados con patologías hepáticas y de las vías biliares, es muy importante tomar en cuenta la desnutrición proteica, ya que suele presentarse con pacientes que se encuentran con los niveles de estrés metabólico elevados. También es interesante ver las vías de alimentación que se sugieren por enfermedad, dependiendo de la forma en la que se encuentre el paciente actualmente.

Los suplementos alimenticios son un agregado valioso para estos pacientes, ya que permiten la recuperación adecuada y rápida. Toma en cuenta que el diagnóstico e intervención inmediata de los pacientes que padecen estas enfermedades ayudan a que el curso de la enfermedad sea rápido y que la intervención nutricional sea más efectiva.

- ¿Qué tipo de suplementos nutricionales se podrían utilizar en estos pacientes?
- ¿Qué tan factible es que un paciente con pancreatitis aguda coma algo por vía oral en las primeras 72 horas?
- ¿Qué podría ayudar a que el paciente tenga un aporte proteico mayor y de una forma más rápida?



Nutrición Clínica

Cuidado nutricional en el
paciente oncológico



Perdí 10 kg sin hacer nada en los últimos cuatro meses

Un paciente acude a consulta por presentar dolor abdominal en la boca del estómago (epigastralgia) y vómitos frecuentes con restos alimenticios fétidos, al parecer esto está asociado a pérdida de peso y cierto grado de deshidratación.

Se intentó realizar una endoscopia superior, pero el estómago estaba **lleno** de restos de alimentos, por lo que la exploración resultó no útil para diagnóstico. Una segunda endoscopia, previa preparación adecuada, permitió observar una tumoración, enrojecida, irregular, a nivel del píloro, pero el paciente seguía presentando los siguientes síntomas: pérdida del peristaltismo gástrico por persistencia de la obstrucción, dolor por distensión del estómago, vómitos tardíos, abundantes y malolientes con restos de alimentos ingeridos muchas horas o días antes y ausencia de bilis en el material vomitado.

- ¿Qué está pasando con este paciente?
- ¿Qué objetivos de tratamiento nutricional se plantearían con este paciente?
- ¿Qué situación nutricional es la que debe cuidarse más en pacientes con diagnóstico oncológico?



Malnutrición en el paciente oncológico

Al hablar de cáncer, no solo se hace referencia a un tipo de cáncer específico, ya que la enfermedad abarca ciertas características que hacen que el paciente sea considerado como oncológico; sin embargo, es importante aclarar que no todos los tipos de cáncer son iguales, mucho va a depender de dónde se encuentra localizado el cáncer, si hay metástasis o diseminación del cáncer y en qué etapa va.

El cáncer es una enfermedad caracterizada por una división y crecimiento descontrolado de las células. Según estudios epidemiológicos acerca del cáncer y la nutrición, algunas dietas, características antropométricas y actividad física tienen un rol importante en el origen de algunos de los cánceres más comunes. En algunos casos en particular se habla de que la ingesta de alimentos está asociada al desarrollo de cáncer, no obstante, lo que tiene mayor impacto en los pacientes para desarrollarlo es una genética donde ya se expresa el gen, la obesidad, sedentarismo, tabaquismo y el alcohol, por lo tanto, uno u otro alimento en específico no detonará un cáncer.

La malnutrición es lo que se identifica en este tipo de pacientes y, vista desde el lado oncológico, se puede definir como el conjunto de déficit en la composición de distintos compartimientos corporales causados por la enfermedad tumoral.



El **tratamiento de quimioterapia** provoca náusea y vómito, dolor abdominal, mucositis, íleo y malabsorción. Además, tiene un impacto negativo sobre el apetito, ya que produce una alteración en la percepción del sabor (Belda, Castro, Casado y González, 2004). En algunos casos, de acuerdo con diferentes estudios con evidencia científica, se le puede recomendar al paciente que ingiera paletas de jengibre o se haga infusiones de jengibre, ya que ayudan a suprimir las náuseas y el vómito.

Por sí solo, el cáncer conlleva importantes efectos adversos en la nutrición y los diferentes tratamientos antineoplásicos comprometen aún más el estado nutricional del paciente. De esta forma, resulta en un estado de agotamiento y desnutrición, en otras palabras, caquexia tumoral.

Detección temprana

La detección temprana de alguna alteración nutricional permite un abordaje precoz, en el cual se utilizan herramientas específicas para evaluar el estado nutricional del paciente oncológico. De acuerdo con Marín, Laviano, Pichard y Gómez (2007), tales herramientas son generalmente multiparamétricas:

- Las medidas de índice de masa corporal
- Pérdida reciente de peso
- Parámetros antropométricos (incluye área de la circunferencia media del brazo y pliegue del tríceps), ingesta alimentaria, proteínas plasmáticas (albúmina)
- Capacidad funcional y condiciones clínicas

Belda, C., Castro, J., Casado, E., y González, M. (2004). *Malnutrición y enfermedad neoplásica. Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico*. España: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <https://bit.ly/3r3Hdao>

Marín, M., Laviano, A., Pichard, C., y Gómez, C. (2007). Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Nutrición hospitalaria*, 22(3). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400008

Manejo de la malnutrición

Hoy en día, el tratamiento de las enfermedades tumorales incluye el tratamiento nutricional como uno de los más importantes en el manejo de la enfermedad, ya que se ha comprobado que un buen estado nutricional tiene como resultado una mayor efectividad de la terapia.

Un adecuado soporte nutricional le permite al paciente oncológico un tratamiento completo y, como consecuencia, una mayor supervivencia.

El objetivo de todo nutriólogo es que los pacientes logren consumir la mayor cantidad de alimentos de forma oral, sin necesitar suplementación, pero, en ocasiones, debido a la anorexia que acompaña a la enfermedad, puede ser muy útil usar suplementos alimenticios que contengan un aporte proteico elevado. Existen varias marcas importantes en el mercado que pueden utilizarse.

Es importante que consideren las siguientes intervenciones nutricionales en la rama de la oncología, tomando en cuenta que tienen dos objetivos:

1. Proporcionar un entorno nutricional adecuado que permita un tratamiento oncológico completo, y aportar sustancias, consideradas generalmente como nutrientes, a un amplio rango de nuevos fármacos que permitan obtener mejores respuestas con mecanismos de acción distintos a los de la típica quimioterapia.
2. Además de mejorar la tolerancia al tratamiento específico, también tienen como objetivo disminuir la incidencia de complicaciones, aumentar el control tumoral y mejorar la calidad de vida del paciente.



Suplementación específica para pacientes oncológicos

Ningún alimento o componente alimentario puede proteger contra el cáncer por sí mismo, sin embargo, existe una fuerte evidencia de que una dieta con una variedad de alimentos ayuda a reducir el riesgo de muchos tipos de cáncer (AICR, 2008):

1. Verduras
2. Frutas
3. Granos enteros y frijoles

Generalmente, las recomendaciones dietéticas generales y específicas benefician a la mayoría de los pacientes oncológicos, ya sea en el control de la enfermedad o en el tratamiento relacionado con el control de la sintomatología (Marín, Laviano, Pichard y Gómez, 2007).

La **administración de suplementos nutricionales orales** se caracteriza por ser un abordaje simple y no invasivo, que tiene como objetivo aumentar la ingesta de nutrientes. Estos son administrados para pacientes oncológicos que requieren más aporte nutricional del que puede ser cubierto solamente por recomendación dietética. Frecuentemente, en pacientes con enfermedades crónicas la administración de suplementos nutricionales ha mostrado un beneficio en cuanto a la funcionalidad física y ganancia de peso del paciente (Marín, Laviano, Pichard y Gómez, 2007).

American Cancer Society AICR. (2008). *Complete guide to complementary and alternative cancer therapies*. Atlanta: American Cancer Society.

Marín, M., Laviano, A., Pichard, C., y Gómez, C. (2007). Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. *Nutrición hospitalaria*, 22(3). Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000400008

Actividad

Investiga el movimiento Cancer Awareness que se lleva a cabo en el mes de octubre y realiza un post en Instagram con el listón correspondiente para ese cáncer, con una nota en la foto que anime a los pacientes a seguir en la lucha contra el cáncer. Utiliza el hashtag #cancerawareness #evitandolamalnutricion y comparte la imagen con tus compañeros.



Como se vio en el caso, uno de los problemas más severos que se dan en los pacientes oncológicos es la pérdida de peso sin explicación. Queda claro que con el tratamiento nutricional se pueden notar cambios como los siguientes:

1. Toleran mayor cantidad de medicamentos.
2. Se asocia a una mejoría en la recuperación.
3. Ayuda a disminuir efectos secundarios.
4. Ayuda a que el paciente mantenga el peso corporal.
 - A. Conserva mayor cantidad de masa magra.
 - B. Reconstruye el tejido.
 - C. Mejora la inmunidad.

Algunas otras recomendaciones que también se deben tener presentes en pacientes oncológicos es que las comidas deben presentarse en pequeñas porciones con alta densidad calórica y alto aporte proteico, dándolas cada dos o tres horas. Tener ayuda para preparar los alimentos es ideal para que el paciente no tenga que oler lo que se cocina y, además, se pueden agregar calorías extra a las colaciones o comidas convencionales con aceite en frío.

- ¿Qué consideras eje central en el tratamiento nutricional de este paciente?
- ¿En qué casos deberá aumentarse el aporte proteico?
- ¿Crees que existan alimentos que eliminen la posibilidad de tener cáncer por completo?

Nutrición Clínica

Cuidado nutricional en
el paciente con SIDA



Tos, fiebre y pérdida de peso inexplicable

Isabel es una mujer de 34 años de edad que consulta en el servicio de urgencias, ya que presenta diarrea y fatiga crónica desde hace un mes. Además de tener fiebre persistente de 38 grados y una tos que no cede más que con nebulizaciones, la paciente refiere que ha estado tomando antibióticos, antivirales e incluso pensó en acudir con un homeópata.

El doctor que la consulta se percató de que la paciente presenta una pérdida de peso de 10 kg en cuatro meses sin causa aparente. En el cuestionario menciona que no existen antecedentes de importancia, aunque refiere que ha mantenido relaciones sexuales sin preservativo.

- ¿Qué está pasando con esta paciente?
- ¿Cómo valorarías la situación de la paciente?
- ¿Qué objetivos te plantearías con esta paciente?
- ¿Qué tratamiento dietético está indicado?



Malnutrición en el paciente con SIDA

A pesar de que existen muchas estrategias para tratar a estos pacientes para el control del VIH, lo que causa mayor morbilidad y mortalidad en ellos son los riesgos que padecen aunados a las enfermedades oportunistas y a la malnutrición.

Como se discutió en el caso del paciente oncológico, el estado nutricional está ampliamente ligado a la supervivencia de pacientes con VIH y, por ello, la desnutrición se ha presentado como uno de los aspectos clínicos más estudiados y discutidos en ellos. En el caso del SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida), desde las fases iniciales los pacientes presentan alteración en la composición corporal y una disminución de la masa celular corporal que se refiere a la masa celular que no proviene de grasa (también llamada adiposa).

Son pacientes que se consideran crónicos y que son capaces de mantener una forma y calidad de vida mejor si se lleva un tratamiento nutricional adecuado.



Objetivos nutricionales en el paciente con SIDA

La disminución del aporte de nutrientes es un factor clave y muy frecuente. Sus causas son múltiples, siendo la anorexia la más frecuente.

La anorexia condiciona siempre una falta de aporte de nutrientes, probablemente sea el mayor problema planteado en estos pacientes en relación con su deterioro nutricional y en el que se puede intervenir con cierta eficacia.

Tal como se mencionó antes, muchos pacientes sufren de deterioro psicológico y desarrollan cuadros de depresión graves con modificación en la conducta y el apetito.

Los objetivos de estos pacientes en el aspecto nutrición son los siguientes:

1. Proporcionar los nutrientes necesarios.
2. Mantener o mejorar el estado nutricional evitando la pérdida de peso corporal y masa magra, y los efectos negativos de la desnutrición.
3. Modificar la dieta/soporte nutricional según las complicaciones.
4. Optimizar las condiciones para tolerar el tratamiento de infecciones y proceso de la enfermedad.
5. Mejorar la calidad de vida.



Intervención nutricional en el paciente con SIDA

En estos pacientes existen alteraciones digestivas, metabólicas y endócrinas. En los pacientes generalmente se verá reflejada una deficiencia de vitaminas A, E y C.

Además, se verá una deficiencia en minerales como el hierro, zinc, selenio y cobre. La más frecuente es la deficiencia de hierro y afecta a la respuesta inmunológica en estos casos. La deficiencia de zinc y selenio se asocia a mayor posibilidad de contraer una infección.

En cuanto al metabolismo de las proteínas, **la glutamina y la arginina** son dos aminoácidos que se pueden utilizar frecuentemente, ya que en estudios clínicos se ha observado que la arginina aumenta la proliferación linfocitaria (en el sistema inmunológico), mientras que la glutamina ayuda a que exista una barrera impermeable a las toxinas en el intestino.

La intervención nutricional y el seguimiento se inician cuando se diagnostica la enfermedad. Se permite así tener una dieta individualizada y adaptada a las necesidades del paciente, informándole para conseguir y mantener una ingesta adecuada en cuanto a energía y nutrientes. En pacientes con infección por VIH se ha documentado un incremento del metabolismo basal en un 10% en asintomáticos y de hasta un 30% en infección asociada.

El aporte energético adecuado se conseguirá con un aumento del aporte proteico, incrementando también los carbohidratos para alcanzar una relación óptima entre las calorías no proteicas y las proteicas.

Las necesidades proteicas en estos pacientes se recomiendan de 1.5 a 2.5 g/kg/día al día. Del total de proteínas, se sugiere que un 60% sea de alto valor biológico o animal y el 40% de contenido vegetal.

De igual forma, es importante que el paciente tenga un manejo adecuado de la higiene de alimentos, evitando así el contagio de algún hongo oportunista o de algún virus o bacteria que pueda atacar su sistema inmunológico.

Los consejos sobre la higiene alimentaria son los siguientes:

1. Al hacer las compras, se deben verificar fechas de caducidad, asegurar que el empaque esté intacto, y escoger alimentos fríos o congelados.
2. Rechazar latas abombadas o abolladas.
3. Cuidar los productos artesanales que tienen mayor riesgo de contaminación.
4. En relación con las carnes, aves o mariscos, se deben guardar separados en bolsas de plástico, y no debe haber contacto entre alimentos cocidos y crudos.
5. La carne debe tener la fecha de caducidad adecuada, y su color y olor no deben dar señales de putrefacción. El pescado fresco debe tener una piel tersa, brillante y firme, cuerpo firme, escamas brillantes y adheridas a la piel, ojos brillantes y transparentes. De preferencia, todos los productos deben congelarse y pasarse a la cocción directo del congelado para evitar que se contaminen al aire libre mientras se descongelan.



Actividad

Realiza una búsqueda en relación con la **lipodistrofia**.

Busca algunas imágenes que pueden darte idea de lo que se trata este síndrome en relación con el SIDA.

En el foro de discusión correspondiente, anexa dos imágenes representativas con la definición del síndrome.



En el caso que se redacta al inicio, la paciente ya presentaba sintomatología de SIDA. La pérdida de peso siempre es un síntoma que puede ser muy claro para hablar de un paciente que padece esta enfermedad crónica. Es importante que puedas identificar a estos pacientes y lograr que se les dé un aporte calórico y proteico adecuado para que su estado nutricional sea el correcto.

Es importante recalcar que, si el paciente no logra alimentarse por vía oral, podría buscarse una alternativa de nutrición artificial, ya sea enteral o parenteral. En ocasiones puede ser peligroso, ya que esto podría llegar a alterar la flora intestinal y ocasionar infecciones, pero de igual forma son opciones que ayudan a que el paciente logre el objetivo nutricional adecuado.

- ¿Qué consideras eje central en el tratamiento nutricional de este paciente?
- ¿En qué casos deberá aumentarse el aporte proteico?
- ¿Podría incluirse dentro del plan alguna otra recomendación para ayudarlo con sus síntomas?

