



Nombre del alumno: Francisco Eduardo albores Alfaro

Nombre del profesor: Daniela Rodríguez

Nombre del trabajo: Ensayo

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Nutrición En Enfermedades Gastrointestinales

Grado: 4°

Grupo: NUTRICION

Introducción

Sabemos que la faringe o el esófago en ocasiones pueden presentar problemas nutricionales y obstrucciones, infecciones y úlceras orales. Los déficits nutricionales pueden agravarse por el tratamiento, que habitualmente supone resección quirúrgica, radiación o quimioterapia. Así también hablaremos de la cirugía colorrectal es uno de los procedimientos quirúrgicos sobre el tracto digestivo que se realizan con mayor frecuencia. Pueden producirse complicaciones, como dehiscencia de suturas, abscesos intraabdominales y peritonitis. Sabemos que el síndrome de intestino corto se caracteriza por un cuadro clínico que describe las consecuencias metabólicas y nutricionales que ocurren tras una resección masiva de intestino delgado. El páncreas es un órgano retroperitoneal de difícil acceso, situado detrás del estómago. El lado derecho del páncreas o cabeza se encuentra íntimamente en relación con la primera y segunda porciones del duodeno. Hablaremos de la Enfermedad de Wilson, es un proceso autosómico recesivo, caracterizado por un depósito intracelular anormal de cobre (Cu) en las células hepáticas, que tiene como consecuencia la producción de lesiones degenerativas en el hígado, cerebro y otros tejidos. Así mismo habrá un soporte nutricional y metabólico de los pacientes con insuficiencia hepática debería ser capaz de aportar adecuadamente los requerimientos nutricionales y, al mismo tiempo, contribuir a la recuperación de los pacientes mediante el control o la reversión de las alteraciones metabólicas apreciadas.

1.- Nutrición en la cirugía del esófago y del estómago.

Podemos saber que la faringe o el esófago en ocasiones pueden presentar problemas nutricionales y obstrucciones, infecciones y úlceras orales. Los déficits nutricionales pueden agravarse por el tratamiento, que habitualmente supone resección quirúrgica, radiación o quimioterapia. La quimioterapia provoca náuseas, vómitos y anorexia. La masticación, deglución, salivación y percepción del sabor a menudo están alteradas.

Ya que es importante la cirugía de la boca o del esófago a veces es necesaria para extirpar tumores. También ocasionan ciertos casos preciso proporcionar nutrientes mediante suplementos líquidos. Los pacientes que no puedan nutrirse adecuadamente por vía oral durante un largo tiempo, como aquellos con enfermedades extensivas o los sometidos a cirugía mayor, se beneficiarán de la implantación de un tubo de gastrostomía.

Unos de los síntomas están relacionados con enfermedades esofágicas que tienen un gran valor semiológico, ya que se puede dar un diagnóstico en muchas de ellas. Ya que los síntomas esofágicos esporádicos son frecuentes y una enfermedad persistente.

En la mucosa del estómago y del duodeno se protege de la acción proteolítica del ácido gástrico y de la pepsina mediante una capa de moco segregado por las glándulas de la pared epitelial presente desde la porción final del esófago hasta la parte proximal del duodeno.

También las células parietales secretan HCl al ser estimuladas por la gastrina, la acetilcolina y la histamina. El moco contiene bicarbonato, que neutraliza el ácido, y la secreción pancreática liberada a la luz intestinal añade más bicarbonato. Las prostaglandinas estimulan la producción de moco.

El tratamiento consiste en la erradicación de este organismo con el tratamiento antibiótico y supresor del ácido adecuados. Las intervenciones quirúrgicas para tratar la úlcera péptica son menos frecuentes gracias a la identificación y erradicación del H. pylori, aunque ciertas cirugías urgentes y programadas siguen siendo necesarias en el tratamiento de las complicaciones.

Tipos de cirugía La gastrectomía parcial supone eliminar el antro (secretor de gastrina), hasta un 75% del estómago distal. Las consecuencias nutricionales de la cirugía gástrica son muy variadas. Pueden aparecer complicaciones, como obstrucciones, evacuación gástrica rápida, molestias abdominales, diarrea y pérdida de peso, según la naturaleza y el alcance de la enfermedad y la intervención quirúrgica.

2.- Nutrición en la resección intestinal; colostomía, colectomía, ileostomía y fístulas.

La cirugía colorrectal es uno de los procedimientos quirúrgicos sobre el tracto digestivo que se realizan con mayor frecuencia. Pueden producirse complicaciones, como dehiscencia de suturas, abscesos intraabdominales y peritonitis. Por ello, es necesario asegurar un adecuado aporte de nutrientes.

Las hepatopatías y la pancreatitis crónica disminuyen la producción o el flujo de bilis y enzimas pancreáticas al intestino. La gastroparesia, los medicamentos opiáceos y las alteraciones de la motilidad intestinal reducen el peristaltismo y empeoran la capacidad de propulsar a las bacterias al intestino distal. La resección quirúrgica del íleon distal y la válvula ileocecal puede provocar una proliferación retrógrada de bacterias colónicas. Uno de los síntomas más frecuentes del SBID es la diarrea crónica por hipoabsorción de grasas.

Los pacientes con colostomías o ileostomías permanentes requieren apoyo y comprensión por parte de todo el equipo sanitario. Suele ser difícil aceptar la estoma y los problemas relativos al mantenimiento de la regularidad intestinal. El personal de enfermería, especialmente aquellos especializados en el cuidado de las estomas intestinales, tiene una función fundamental para apoyar y enseñar a estos pacientes. Facilitarles el encuentro con otras personas sometidas a cirugías similares puede ayudarles a afrontar la situación. Por último, es posible que se animen al darse cuenta de que en el futuro no tendrán que ingresar múltiples veces ni sufrirán la discapacidad crónica asociada a su enfermedad intestinal.

La colostomía es una abertura en el vientre de la pared abdominal que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon del intestino grueso a través de esta abertura en la piel para formar una estoma. Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo, tal vez durante 3 a 6 meses. Se puede hacer una colostomía temporal cuando una

parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad.

Así mismo la fístula es una conexión anormal entre dos partes internas del cuerpo. Pueden desarrollarse entre distintos órganos, como entre el esófago y la tráquea o entre el intestino y la vagina. También pueden formarse entre dos vasos sanguíneos, como una arteria y una vena o entre dos arterias.

En el tratamiento nutricional en la cirugía rectal como hemorroidectomía debe estar dirigido a mantener una ingesta que permita la cicatrización de las heridas y prevenir la infección de la herida quirúrgica por las heces. Se minimiza la frecuencia de deposiciones utilizando una dieta de residuo mínimo.

3.- Nutrición en el Síndrome de Intestino Corto.

Sabemos que el síndrome de intestino corto se caracteriza por un cuadro clínico que describe las consecuencias metabólicas y nutricionales que ocurren tras una resección masiva de intestino delgado. El pronóstico depende de la longitud y segmento intestinal resecado, presencia o ausencia de la válvula ileocecal y colon, existencia de enfermedad intestinal subyacente y capacidad de adaptación del intestino remanente.

Resecciones de intestino delgado superiores al 75% provocan un cuadro de malabsorción grave con compromiso nutricional que a menudo requiere el uso de nutrición parenteral a largo plazo. La exposición de la mucosa intestinal a los nutrientes intraluminales es uno de los principales mecanismos implicados en la respuesta adaptativa del intestino remanente. Presentamos el caso de un síndrome

de intestino corto con un remanente intestinal afectado por enteritis radica y con una longitud de 100 cm de yeyuno proximal y 30 cm de colon.

Esto puede provocar hipoabsorción de grasas y de las vitaminas liposolubles A, D, E y K. Además, la hipoabsorción de ácidos grasos hace que se combinen con calcio, cinc y magnesio y formen jabones compuestos por un ácido graso y un mineral, provocando así que tampoco sean absorbidos.

Tratamiento nutricional médico La mayor parte de los pacientes sometidos a resecciones intestinales importantes requieren NP inicialmente para restablecer y mantener el estado nutricional.

Los pacientes con resecciones yeyunales que conservan todo el íleon y el colon se adaptarán más fácilmente a una dieta normal. Es suficiente lograr un equilibrio entre las fuentes de proteínas, hidratos de carbono y grasas. Para reducir el riesgo de distensión, dolor abdominal y diarrea puede ser útil tomar 6 pequeñas comidas al día, evitando la lactosa, la cafeína y grandes cantidades de dulces concentrados.

4.- Nutrición en la Pancreatitis Crónica.

El páncreas es un órgano retroperitoneal de difícil acceso, situado detrás del estómago. El lado derecho del páncreas o cabeza se encuentra íntimamente en relación con la primera y segunda porciones del duodeno. Esta localización es óptima para liberar enzimas digestivos desde su conducto principal o de Wirsung, a través de la papila de Vater a la luz duodenal. A la porción izquierda del páncreas la conocemos como cola pancreática. Numerosos conductillos intrapancreáticos

conectan todo el órgano pancreático con el conducto principal y, típicamente, están dañados en la pancreatitis crónica.

El páncreas exocrino, conectado a los conductillos pancreáticos, segrega 1-2 litros de agua, bicarbonato y enzimas digestivos al día. Los enzimas digestivos como tripsina, quimotripsina y carboxipeptidasas son responsables de la degradación de las proteínas y permanecen inactivos hasta que alcanzan el duodeno.

La amilasa es un enzima que actúa sobre los carbohidratos complejos. La lipasa, la esterasa y las fosfolipasas ayudan en la digestión de las grasas. Los enzimas digestivos que se encargan de la degradación de carbohidratos y grasas son activados por la tripsina al llegar al duodeno. La disfunción pancreática exocrina ocasiona malabsorción de nutrientes.

En todo paciente debemos investigar en profundidad su hábito enólico, el uso de analgésicos y otros fármacos, las características del dolor abdominal, la pérdida de peso, las características de las deposiciones y la presencia de síntomas de diabetes. Los objetivos del tratamiento en la PC son el alivio del dolor, la corrección de la insuficiencia pancreática y el manejo de las complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes de la PC son los pseudoquistes, la ascitis pancreática, el derrame pleural, la estenosis de los conductos, el cáncer de páncreas y la hipertensión portal con varices esofágicas. Muchas complicaciones se manifiestan con un cambio en las características del dolor.

En el estudio inicial del paciente con sospecha de PC deben emplearse pruebas poco invasivas y baratas como la demostración de mal digestión en el análisis de heces y la ecografía abdominal.

5.- Nutrición en la enfermedad de Wilson.

La Enfermedad de Wilson, es un proceso autosómico recesivo, caracterizado por un depósito intracelular anormal de cobre (Cu) en las células hepáticas, que tiene como consecuencia la producción de lesiones degenerativas en el hígado, cerebro y otros tejidos. El diagnóstico de la Enfermedad de Wilson en pacientes que presentan algún tipo de enfermedad hepática, posibilita el tratamiento precoz de la misma, ya que actualmente se dispone de tratamiento eficaz, y el consejo genético permite el diagnóstico presintomático de la enfermedad y el tratamiento oportuno.

Normalmente el cobre absorbido a través de la mucosa intestinal, es transferido mediante la histidina-cobre directamente al hígado, mientras permanece transitoriamente unido a la albúmina en la sangre portal en forma de depósito. Excepto en la sangre portal, el cobre se encuentra en su mayor proporción.

Las manifestaciones se observan en la periferia de la córnea, como un anillo oscuro que representaría depósitos de cobre por debajo de la membrana de Descemet, que puede faltar en enfermos jóvenes que solo presentan hepatopatía, aunque siempre está presente en enfermos con manifestaciones neurológicas.

Esto refleja la inducción por el zinc de la metalotioneina hepática, la cual secuestra el cobre en un pool no tóxico. Los niveles hepáticos de cobre no necesitan ser medidos para manejar la terapia. La función hepática es bien preservada por la

terapia con zinc, y los autores no observaron ninguna toxicidad en estos 13 pacientes. Además, Brewer relató que ningún paciente desarrolló síntomas relacionados con la Enfermedad de Wilson.

6.- Nutrición en la Insuficiencia Hepática

El soporte nutricional y metabólico de los pacientes con insuficiencia hepática debería ser capaz de aportar adecuadamente los requerimientos nutricionales y, al mismo tiempo, contribuir a la recuperación de los pacientes mediante el control o la reversión de las alteraciones metabólicas apreciadas. No obstante, a pesar de la base fisiopatológica, clásicamente descrita por algunos autores, que considera al desbalance de aminoácidos un factor desencadenante y mantenedor de la encefalopatía, no existen datos suficientes para recomendar el empleo de soluciones específicas.

Como parte del soporte nutricional en los pacientes con insuficiencia hepática aguda. Tampoco se recomienda su empleo rutinario como prevención de complicaciones en los pacientes sometidos a trasplante hepático. Como en otros pacientes críticos, la vía de aporte de nutrientes debe ser la enteral, siempre que ello sea posible.

Bibliografía

UDS. (2020). Nutrición en la cirugía del esófago y del estómago. Antología De Enfermedades Gastrointestinales 81-93

UDS. (2020). Nutrición en la resección intestinal; colostomía, colectomía, ileostomía y fístulas. Antología De Enfermedades Gastrointestinales 93-99

UDS. (2020). Nutrición en el Síndrome de Intestino Corto. Antología De Enfermedades Gastrointestinales 99-104

UDS. (2020). Nutrición en la Pancreatitis Crónica. Antología De Enfermedades Gastrointestinales

UDS. (2020). Nutrición en la enfermedad de Wilson. Antología De Enfermedades Gastrointestinales 104-110

UDS. (2020). Nutrición en la Insuficiencia Hepática. Antología De Enfermedades Gastrointestinales 110-119

C. Tenorio Jiménez Y Carmen G. Alcántara. (2015) Nutrición En La Cirugía Del Esófago Y Del Estómago. Obtenido De

<http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5028.pdf>

F. Botella Romero y J. J. Alfaro Martínez. (2018). Nutrición en la Pancreatitis Crónica. Obtenido De <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original8.pdf>

Pontón, Raúl Alberto. (2017). Nutrición en la enfermedad de Wilson. Obtenido De <https://www.redalyc.org/pdf/877/87701610.pdf>