



Nombre del alumno: DIEGO ALEXANDRO MORALES DE LEON

Nombre del profesor: Daniela Rodríguez

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: nutrición en enfermedades gastrointestinales

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 4°

Grupo: Nutrición

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 De octubre del 2020.

Nutrición en la cirugía del esófago y del estómago.

El esófago es un tubo muscular de unos 25-30 cm de longitud que se extiende desde la faringe hasta el estómago. el esófago tiene una sola función motora. Con esta función el esófago transporta el material deglutido desde la faringe al estómago y además evita el reflujo del contenido del estómago al esófago y del esófago a la faringe. Durante la deglución el alimento, una vez masticado, insalivado y fragmentado en bolos, se transporta desde la boca al estómago. Durante este acto, la boca, la faringe y el esófago forman una unidad funcional. El paso del bolo desde la cavidad oral a la faringe se debe al ascenso progresivo de la lengua contra el paladar desde la punta hasta la base, de manera que el bolo se ve propulsado hacia atrás, penetrando en la faringe. Es el único acto voluntario de la deglución y su duración es variable. Los síntomas relacionados con las enfermedades esofágicas tienen un gran valor semiológico, ya que permiten la sospecha diagnóstica en muchas de ellas. Aunque los síntomas esofágicos esporádicos son frecuentes y generalmente no anuncian una enfermedad, la persistencia de síntomas más específicos como la disfagia, odinofagia o pirosis sugieren un trastorno esofágico que requiere investigación y tratamiento. Otros síntomas menos específicos o atípicos son hipo, eructos, sensación de globo, síntomas extraesofágicos, La disfagia se define como dificultad o imposibilidad de tragar, lo que implica que este síntoma solo se consignará cuando se relacione con el acto deglutorio. Las personas describen como una dificultad para iniciar la deglución o bien como parada del bolo deglutido; esta sensación se localiza en el cuello o en cualquier punto retroesternal. La disfagia expresa, desde el punto de vista fisiopatológico, un deterioro del transporte del bolo alimenticio, de naturaleza mecánica o motora; generalmente su intensidad se relaciona con el grado de deterioro del transporte alimenticio. La esofagectomía es una cirugía para extirpar todo o parte del esófago, que es el tubo a través del cual se mueve el alimento en su camino desde la boca hasta el estómago. Cuando se extirpa el esófago, se tira del estómago hacia arriba en el pecho y se vuelve a unir para mantener intacto el pasaje de los alimentos. Este estiramiento del estómago elimina la capacidad de comer en grandes cantidades, ya que no existe una gran zona de retención. para la digestión de los alimentos. La nutrición es una parte importante de la curación y la prevención de la pérdida de peso después de la cirugía. Los pacientes pueden experimentar náuseas, vómitos, reflujo ácido y síndrome de volcado. Después de la cirugía, es posible que el esófago restante no pueda mover los alimentos tan fácilmente de su boca a su estómago. Ciertos alimentos pueden bloquear el esófago o ser difíciles de tragar. Algunas personas se quejan de que la comida se pega o sienten dolor detrás del

esternón. Esto se puede prevenir o resolver bebiendo líquidos cuando se comen alimentos sólidos, masticando bien los alimentos, comiendo alimentos blandos o picados y evitando los alimentos duros, gomosos o fibrosos. Los alimentos blandos y húmedos pueden tolerarse más fácilmente. Después de la cirugía, es posible que tenga una capacidad estomacal reducida y menos tolerancia a ciertos alimentos dentro de los alimentos que se deben evitar se encuentran los Panes, Carnes duras, Alimentos que causan molestias

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

El intestino es la parte del tubo digestivo que se sitúa entre el estómago y el ano. Está formado por el intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon) y el intestino grueso (ciego, colon, sigma y recto). La función principal del intestino delgado es la de digerir los alimentos y absorber los nutrientes; la función principal del intestino grueso es la de absorber el agua y las sales minerales de la materia no digerida, y formar y almacenar las heces hasta su expulsión al exterior. Gracias a estas funciones mantenemos un adecuado estado nutricional y de hidratación. Cuando en alguna intervención quirúrgica se extirpa una parte del intestino, la digestión o absorción de los alimentos o del agua y las sales minerales se puede ver afectada. Estos problemas serán más o menos intensos dependiendo de la magnitud de la intervención y de la adaptación intestinal, pero poco a poco irán mejorando.

cuando se trata de una colostomía, significa que el colon, que es una parte del intestino grueso, queda abocado a la piel y hace de "ano". Las heces se recogen en un dispositivo diseñado especialmente para ello. Los dispositivos modernos cuentan con filtros y materiales que neutralizan los olores, por lo que una persona ostomizada no huele mal si la bolsa está bien adaptada. En general la extirpación de zonas terminales del colon, de la sigma o del recto no conllevan alteraciones en la absorción de nutrientes, agua o sales minerales, por lo que no suele producirse diarrea. Cuando se sufre una resección del colon más extensa (colectomía subtotal, hemicolectomía derecha) o en casos de colostomías localizadas en el colon derecho se puede presentar diarrea. Por supuesto que es posible llevar una vida normal. Las recomendaciones nutricionales son una aconsejable ingesta de comidas frecuentes, la preparación de alimentos, de forma sencilla (cocidos, a la plancha, asados en su jugo, etc.), evitando los platos muy elaborados como fritos, estofados, guisados, etc. ya que éstos producen digestiones más lentas y pesadas.

La colectomía es una de las intervenciones quirúrgicas más habituales en el tracto digestivo. Al igual que cualquier cirugía digestiva, comporta unas deficiencias absorbivas que, finalmente, comprometen el estado nutricional del afectado. La colectomía se incluye en el grupo de intervenciones quirúrgicas practicadas sobre el intestino grueso. Los procesos quirúrgicos que afectan al colon y al recto pueden ser totales o parciales. La extirpación total del colon es lo que se conoce como colectomía total, si la extirpación afecta al colon, así como al recto, el proceso se denomina proctocolectomía. La cirugía colónica suele asociarse habitualmente a cuadros diarreicos con pérdida de agua y electrolitos; uno de los objetivos clave de las recomendaciones nutricionales es precisamente controlar esos cuadros diarreicos y evitar así una posible deshidratación unida a un desequilibrio electrolítico.

La cirugía de ileostomía se realiza raíz de diferentes enfermedades y problemas. Algunas de las afecciones que pueden requerir cirugía de ileostomía incluyen colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, poliposis familiar y cáncer. La cirugía de la ileostomía se hace debido a muchas enfermedades y afecciones diferentes. La cirugía para una ileostomía usualmente se hace cuando el intestino tiene una enfermedad o daño que no se puede tratar con otros métodos. La razón más frecuente de la cirugía es la enfermedad inflamatoria intestinal que incluye la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Las ileostomías también son necesarias debido a defectos congénitos, poliposis familiar, lesiones o cáncer. Ciertos problemas intestinales se pueden tratar al poner en reposo esa parte o mediante cirugía para extirpar la parte afectada. Se requiere que el intestino esté vacío para que pueda sanar. Para evitar que la materia fecal llegue al intestino, se crea una ileostomía de corta duración (temporal). La sanación puede que esto tome varias semanas, meses o incluso años. Con el tiempo, la ileostomía es reversada quirúrgicamente (extraída) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes. Las personas que se han sometido a una ileostomía normalmente pueden consumir una dieta normal, pero algunos alimentos pueden causar problemas

nutrición en el síndrome del intestino delgado.

El síndrome de intestino corto se define como la pérdida de una tercera parte o más del intestino delgado. La consecuencia primaria del síndrome de intestino corto es la malabsorción, lo que resulta en anomalías de fluidos, electrolitos y desnutrición. La severidad de la malabsorción está determinada por la extensión y localización de la

resección. El intestino tiene dos funciones principales: absorción de grasas, carbohidratos y proteínas para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo, y absorción de electrolitos, principalmente sodio, para evitar la deshidratación y la depleción de electrolitos. Síndrome de intestino corto se refiere a una agregación de signos y síntomas clínicos primariamente causados por resección intestinal y malabsorción subsecuente, caracterizada por diarrea intratable, deshidratación, malabsorción de macronutrientes, vitaminas y elementos traza, pérdida de peso y desnutrición. El término “adaptación intestinal” puede ser aplicado a la recuperación progresiva de la insuficiencia o falla intestinal posterior a la pérdida del intestino. Posterior a la resección quirúrgica, el intestino remanente inicia un incremento en la función absorptiva; la capacidad de los nutrientes intraluminales para activar los factores de crecimiento e incrementar la secreción de péptidos pancreáticos e intestinales para promover la hiperplasia intestinal adaptativa es dependiente de la composición de la dieta. El manejo dietético de los pacientes con síndrome de intestino corto debe ser individualizado de acuerdo a la presencia o ausencia de colon. Los pacientes con síndrome de intestino corto también se pueden beneficiar del consumo de comidas en poca cantidad y con frecuencia, limitar los azúcares simples y la suplementación con fibra soluble.

Nutrición en la Pancreatitis Crónica.

La pancreatitis crónica es una enfermedad del páncreas. La pancreatitis provoca normalmente dolor en el vientre y trastornos en la digestión de los alimentos. Estas dificultades en la digestión suelen ir acompañadas de diarrea, pérdida de peso y, en ocasiones, falta de vitaminas y minerales. Esta dieta pretende aumentar la ingesta para minimizar estas pérdidas de nutrientes y evitar las complicaciones derivadas de la enfermedad. Es imprescindible que tenga una alimentación suficiente para evitar la pérdida de peso. Los pacientes con pancreatitis crónica no pueden digerir muchos de los nutrientes y los eliminan por las heces. Por eso necesitan más calorías de las que precisaría una persona sana, de peso y talla parecidos. Si come alimentos ricos en grasa puede tener diarrea, dolor de vientre y pérdida de vitaminas y minerales. Por este motivo, una de las primeras cosas que hay que hacer es evitar los alimentos que la contienen: aceites, mantequilla, embutidos, precocinados, salsas, bollería y productos de pastelería. Pero esta precaución tiene una clara consecuencia: las grasas aportan muchas calorías a la dieta y, si no las tomamos, para compensar es necesario aumentar el consumo de otros alimentos.

En concreto, hay que tomar más alimentos ricos en hidratos de carbono (legumbres, arroz, pastas, pan, etc., que son muy energéticos) y ricos en proteínas (carne, pescado, leche, huevos, etc.). También se puede aumentar la cantidad de proteínas e hidratos de carbono de los platos añadiéndoles preparados comerciales en polvo de venta en farmacias

Nutrición en la enfermedad de Wilson.

La enfermedad de Wilson es una enfermedad congénita, transmitida por herencia autonómica recesiva (es preciso por tanto heredarla a la vez del padre y de la madre). Se caracteriza por la acumulación tóxica en el organismo de cobre procedente de la dieta, y esto ocurre especialmente en el hígado y en el cerebro. En condiciones normales la mayor parte del cobre ingerido (2-5 mg/día) se elimina por la bilis y sólo una pequeña cantidad por la orina. Los pacientes con enfermedad de Wilson presentan mutaciones en el gen ATP7B, localizado en el cromosoma 13, que codifica una proteína necesaria para eliminar el cobre sobrante desde el interior de la célula hepática a la bilis. En la mayoría de los pacientes los síntomas aparecen entre los 5 y los 40 años, pero se han identificado algunos casos en menores de 5 años y mayores de 60.

El tratamiento de la enfermedad de Wilson debe iniciarse lo antes posible y mantenerse de por vida, incluso durante los embarazos. La suspensión del tratamiento puede precipitar un empeoramiento del paciente en forma de fallo hepático agudo grave con necesidad de trasplante hepático. Con el tratamiento actual, los pacientes asintomáticos nunca desarrollarán síntomas y la mayoría de los sintomáticos experimentarán mejoría o resolución de sus síntomas. La D-penicilamina, un agente quelante del cobre que estimula su eliminación por la orina, es el fármaco más utilizado. Es muy eficaz, pero presenta con cierta frecuencia efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Por este motivo, es indispensable una estrecha monitorización del mismo, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Los pacientes que no toleran el tratamiento con D-penicilamina pueden ser tratados con trientina, otro fármaco quelante con menos efectos secundarios. En los pacientes asintomáticos o en aquellos que han recibido tratamiento con D-penicilamina o trientina inicialmente con buena respuesta, se puede instaurar

un tratamiento de mantenimiento con sales de zinc. Estas actúan inhibiendo la absorción intestinal del cobre, han demostrado su eficacia como tratamiento de mantenimiento y tienen menos efectos adversos que los quelantes. Habitualmente se emplea sulfato o acetato de zinc. Además del tratamiento farmacológico, los pacientes deben evitar alimentos ricos en cobre, como vísceras animales, marisco, cacao, chocolate, gelatinas, nueces, setas y soja.

Nutrición en la Insuficiencia Hepática

La insuficiencia hepática aguda o crónica, es una alteración en la que el hígado deja de poder realizar sus funciones fisiológicas de manera normal, como síntesis y destrucción de hidratos de carbono, lípidos y proteínas, excreción de productos de desecho a través de la bilis, modulación de la respuesta inmunitaria, etc. Aparece de forma más frecuente en personas en edades medias de la vida (de 30-60 años), dándose más en varones. Es una afectación grave que puede determinar la muerte del paciente, ya que las funciones del hígado son fundamentales para la vida. Las causas más frecuentes son la afectación hepática por tóxicos, fármacos como el Paracetamol, intoxicaciones por setas, infecciones víricas como el virus de la hepatitis A, B o C. La insuficiencia hepática aguda se presenta con sensación de malestar general, náuseas, vómitos y fatiga, luego aparece ictericia (coloración amarillenta de la piel), después aparecen alteraciones producidas por la disfunción del hígado como encefalopatía, diátesis hemorrágica (alteración de la coagulación de la sangre que predispone a la presentación de hemorragias), ascitis (aumento de líquido abdominal con aumento de su perímetro). También pueden aparecer alteraciones en la concentración de glucosa en sangre (hipoglucemia).

La insuficiencia hepática crónica se manifiesta inicialmente con signos inespecíficos como cansancio, debilidad muscular, pérdida de apetito y peso, deterioro del estado general, pérdida de la menstruación, ausencia de libido, aumento del tamaño del hígado. A veces se asocian síntomas extrahepáticos como dolores articulares, inflamación articular (artritis), aparición de color amarillento de la piel (ictericia), y otras alteraciones dermatológicas. A largo plazo puede aparecer ginecomastia (aumento de las mamas), atrofia testicular, aparición de arañas vasculares y eritema (enrojecimiento) palma

En la insuficiencia hepática crónica se establece una dieta equilibrada con aporte calórico y proteico controlado y suficiente, con disminución del aporte de hidratos de carbono para

el control del control de las alteraciones de la glucemia. Se debe evitar el alcohol, los fármacos hepatotóxicos, administración de vacunas contra la hepatitis A y B, evitar fármacos depresores del sistema nervioso como sedantes y tranquilizantes. De forma específica, se realizará un tratamiento de la causa de la insuficiencia hepática como, por ejemplo, administración de ácido ursodeoxicólico en cirrosis biliar primaria, fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores en hepatitis autoinmune, flebotomías en la hemocromatosis

Bibliografía

“Antología Uds.” (2020). Nutrición en enfermedades gastrointestinales. – pág. 155