



Nombre de alumnos: Alejandra Villa Domínguez

Nombre del profesor: Daniela Rodríguez

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Nutrición en Enfermedades Gastrointestinales

Grado: 4°

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: LNU17EMC0119-A

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de octubre de 2020.

Introducción

El presente ensayo trata de diferentes temas, tales son; que es la cirugía del esófago y del estómago, algunas características, cual es el motivo por el cual se realizan las dos cirugías, como debe de ser la alimentación después de la cirugía, que alimentos se deben de consumir después de realizarlas. El segundo tema trata de la resección intestinal, en colostomía, ileostomía y la fistula, explicare de que tratan las tres, así como también, que alimentos no se deben de comer. Otro de los temas a tratar es el síndrome de intestino corto, que es, como debe de ser la alimentación, sus manifestaciones clínicas. En la nutrición de la pancreatitis crónica, que conduce a tener este tipo de enfermedad, las causas mas frecuentes por el que se da, y porque se debe de tener una dieta adecuada y los alimentos que no debe de consumir y los que si están permitidos. En la insuficiencia hepática mencionare, los síntomas, la causa del aparecimiento de esta enfermedad, así como en que tanto puede afectar la desnutrición en esta enfermedad y, por último, la enfermedad de Wilson, a que se refiere, que es lo que provoca la acumulación del cobre, en donde es que afecta, lo que es esta prohibido comer y lo que no.

Desarrollo

La cirugía del esófago se le llama esofagectomía, trata de una cirugía de la boca o del esófago, a veces es necesario realizar la cirugía debido a que puede haber tumores, se extirpa el tumor o ya sea una parte o todo el esófago. Después de que el esófago sea extirpado, se reconstruye a partir de una parte del estómago o del intestino grueso. El esófago es un conducto en donde pasa el alimento desde la garganta hasta el estómago, la deglución hace que active el peristaltismo, son ondas de contracciones musculares coordinadas, el esófago mide unos 25 cm de largo y esta

revestido de musculo tubular y estriado. El procedimiento para extirpar la parte inferior del esófago se realiza para tratar la acalasia. La acalasia es un trastorno que dificulta el traspaso de la comida y los líquidos del estómago. Otras de las razones son por el síndrome de Barrett, trata de una lesión que suele ser el resultado de la exposición repetida al acido estomacal. Otras de las razones son por traumatismo grave, por esófago destruido y por un estomago gravemente dañado. La alimentación después de una esofagectomía es tomar una dieta líquida al principio, después se debe de consumir alimentos suaves durante las primeras 4 a 8 semanas. Cuando se vuelva una dieta normal, evitar el bistec y otras carnes densas, ya que puede ser difíciles de tragar, beber líquidos 30 minutos después de consumir alimento solido y tomarse de 30 a 60 minutos para terminar una bebida. Una cirugía de estómago, es la extirpación parcial o total, implica la perdida de la función del reservorio, así como también su denervación reduce o anula la secreción del jugo gástrico y altera la motilidad del estómago. Las recomendaciones dietéticas en la cirugía del estómago, se recomienda realizar cinco a seis comidas al día en pequeña cantidad y cada 3 o 4 horas, incluyendo un suplemento a media mañana, merienda y antes de acostarse. Tomar en cuenta que no se debe beber líquidos durante las comidas, se recomienda tomarlos entre 30 y 60 minutos antes o después de las comidas, evitar alimentos muy azucarados y suprimir la leche y las verduras si provocan intolerancia. De preferencia se debe de tomar las frutas ya sea cocidas, o al horno y sin azúcar, que estén trituradas sin piel y zumos no ácidos sin azúcar añadido. Por otra parte, una fistula enterocutanea es un conducto que empieza en el intestino y termina en la piel. Las fistulas se provocan por alteraciones del desarrollo prenatal, traumatismos, cirugía, cáncer y por enfermedades inflamatorias. Las fistulas pueden afectar al estado nutricional por la pérdida de grandes cantidades de líquidos, electrolitos y por la posibilidad de infecciones y por una hipoabsorción. El tratamiento para los pacientes que padecen fistula enterocutanea, utilizan NP, tienen una alimentación por sonda, también una dieta oral o bien puede ser una mezcla de estas. Los pacientes que tienen enfermedad

de Crohn, cáncer de colon, traumatismos intestinales y CU grave, necesitan la creación quirúrgica de una apertura que es de la superficie corporal al tubo intestinal, esto para permitir la defecación desde la parte intacta del intestino. En caso de que sea necesario reseca todo el colon, recto y ano, se realiza una colostomía. En el caso de las ileostomías, la consistencia de las heces es líquida, mientras que, en colostomías, las heces son pastosas a bastante formadas. Uno de los aspectos desagradables de la ileostomía y colostomía, es el mal olor, sin embargo, las heces en ileostomía suelen tener un olor que no resulta desagradable. Los pacientes aprenden a identificar sus heces para determinar que alimentos deben de eliminar. Los alimentos que hacen que tenga un olor desagradable en las heces son, las legumbres, cebolla, ajo, huevos, pescado, ciertos medicamentos y algunos suplementos de vitaminas y minerales. Para los malos olores, existen desodorantes y bolsas colectoras que son antiolores. Sobre el intestino corto, provoca malabsorción y desnutrición tras una pérdida congénita o posnatal de al menos el 50% del intestino delgado. Esta afección no siempre es permanente, ya que el intestino tiene la capacidad de desarrollar un crecimiento adaptativo y de aumentar su capacidad funcional. Una de las manifestaciones clínicas es que la malabsorción se produce por una disminución de la superficie mucosa y por una disminución en el tránsito intestinal, las cuales, junto con diarrea, son los síntomas más frecuentes. La capacidad para reabsorber líquidos y electrolitos suele ser insuficiente, lo que provoca pérdidas por el tubo digestivo que lleva a la deshidratación, hipopotasemia, hiponatremia y acidosis. En cuanto a la alimentación, se debe indicar una dieta baja en grasas, lo que supone disminuir la ingesta de grasa visible y de grasa contenida en los alimentos. En otro tema, la pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio crónico del páncreas que conduce al desarrollo de lesiones fibróticas permanentes y a la pérdida progresiva del parénquima exocrino y endocrino. Puede aparecer tras brotes repetidos de pancreatitis aguda o como consecuencia de daño crónico. La causa más frecuente de pancreatitis crónica es el alcoholismo, aunque un 25% son idiopáticas. Los síntomas más comunes incluyen

dolor abdominal intenso, puede durar desde horas hasta días, es posible que con el tiempo puede mantenerse presente constantemente. Puede empeorar al comer, al igual que cuando se ingiere alcohol. Una dieta apropiada es importante, con el fin de mantener un peso saludable y obtener los nutrientes correctos. Se debe de tomar mucho líquido, reducir las grasas, consumir comidas pequeñas y frecuentes, ya que esto ayudara a reducir los síntomas digestivos, incluir las vitaminas y calcio suficientes en la dieta o como suplementos extras y reducir la cafeína. Evitar fumar y tomar bebidas alcohólicas, incluso si la pancreatitis es leve. La cirrosis hepática puede ser asintomática, por tanto, el que la padece puede estar en ese estado durante meses o años. Tarde o temprano la enfermedad se manifestará por una insuficiencia hepática, hipertensión portal o ascitis. Ahora bien, la cirrosis hepática fulminante, con una evolución aguda y progresiva, suele deberse a una hepatitis viral o toxica y afecta a personas que tienen previamente una función hepática y nutriciones normales. Tanto la hepatopatía crónica como la hepatitis alcohólica requiere de un soporte nutricional para mejorar la supervivencia, ya que los enfermos suelen presentar una cirrosis y desarrollan una insuficiencia hepática aguda sobre una crónica. A causa de diferentes complicaciones como pueden ser hemorrágicas, digestivas, infección o manipulación quirúrgica, sin embargo, la desnutrición es lo que lleva a una elevada mortalidad. La mortalidad a un año fluctúa entre el 20 y el 50% en dependencia del grado de insuficiencia hepática, la etiología y el abuso del alcohol. El síndrome con insuficiencia hepática se presenta con astenia, fiebre, que no es muy frecuente, dolor en hemiabdomen superior, dispepsia, flatulencia, ictericia, arañas vasculares, eritemas palmares, hemorragia, edemas, ascitis y trastornos neuropsiquiátricos. La desnutrición puede desempeñar en tener una participación en el deterioro inmunológico de estos pacientes, pero es parcialmente reversible con un adecuado soporte nutricional. La causa de desnutrición en enfermedades hepáticas es multifactorial, y se relacionan con diferentes causas como la anorexia, queratitis, glositis, ayuno prolongado, gastritis alcohólica, deficiencias de sales biliares, alteraciones

en glicolisis, glucogenólisis, gluconeogénesis, entre otras. En cuanto al tratamiento dietético, en trastornos hepáticos y malnutrición, a menudo es necesario establecer restricciones de líquido y sodio. En la encefalopatía hepática se requiere la restricción de proteínas. Y es necesario un aporte de kilocalorías para permitir la síntesis de proteínas e impedir el uso de aminoácidos como fuente de energía, se aporta la mayor cantidad posible en forma de carbohidratos y grasas por vía oral parental como glucosa. El último tema es sobre la enfermedad de Wilson, esta enfermedad, es una alteración genética autosómica recesiva, es decir se hereda cuando ambos padres son portadores del gen, aunque no hayan desarrollado la enfermedad. Se caracteriza por un fallo en el metabolismo del cobre, lo que hace que provoque la acumulación de mismo, pero en diferentes tejidos corporales, principalmente en el hígado, en el sistema nervioso central y la córnea. Aproximadamente, en el 40 al 50% de los pacientes, la enfermedad afecta en primer lugar el sistema nervio central. La enfermedad es seguro ante el diagnostico en una hepatitis fulminante, anemia hemolítica con prueba de Coombs negativa, deficiencia de ceruloplasmina e hipercupruria. El cobre participa fuera del hígado hacia la sangre y otros tejidos, pero solo afecta en el cerebro, donde puede causar una enfermedad neurológica motora, caracterizado por cualquier combinación de temblor, distonía, disartria, disfagia, corea, babeo, apertura constante de la boca e incardinación, defecto del habla, expresión facial anormal, dificultad para tragar, etc. El tratamiento se basa en evitar la incorporación del cobre en la dieta, vaciar los depósitos de cobre del organismo, de una manera continuada y progresiva, tener una vía de administración oral, con una posología cómoda para el paciente, entre otros. El objetivo del tratamiento es impedir la acumulación de cobre a niveles tóxicos, entonces se aconseja dieta baja < 1,5 mg/d o muy baja en cobre < 1 mg/día. Algunos alimentos enfocados a ese rango menor de 0,1 mg/100 g: se encuentra la leche condensada, leche evaporada, yogurt de soya, quesos, helados, arroz, frutas cítricas, etc. Entre 0,1 y 0,2 mg/100 g: están los vegetales, carnes frescas, sardinas, huevo, carnes de conserva, frutas no

cítricas, harina de trigo y sus productos y aceite. Mayor que 0,2 mg/100 g: leche fresca y en polvo, mariscos, vísceras, leguminosas, oleaginosas, papa, manteca, margarina, mantequilla, mayonesa, queso crema y chocolate. Se desaconseja el consumo de bebidas alcohólicas por su acción hepatotóxica, y si el agua de consumo supera los 10mg/L, se debe consumir agua desmineralizada.

Conclusión

Para concluir, es importante saber como debe de ser la alimentación en cada una de estas enfermedades mencionadas, al igual, saber de qué trata cada enfermedad, para poder realizar una alimentación adecuada de acuerdo a su requerimiento calórico que necesita el paciente. Y también para mantener la estabilidad de la enfermedad del paciente, es decir, no empeorar más la enfermedad o agravarla, si no que buscar el objetivo de mejorar la salud de la persona. La dieta va a cumplir su objetivo de nutrir muy bien al paciente, siempre y cuando sea equilibrada, variada y completa, que lleve todos los grupos de alimento que existen. Por ello, es fundamental realizar lo mencionado, para que también el paciente no padezca de otra enfermedad al futuro. Además, la alimentación es nuestra fuente de vida, pues nos ayuda a tener un buen funcionamiento del organismo. Se debe de tomar en cuenta realizar ejercicio, porque ayuda a perder peso, y a reducir el riesgo de desarrollar algunas enfermedades. Así que considero que debemos de alimentarnos muy bien y hacer ejercicio físico para tener una vida saludable.

Bibliografía:

- Mahan K. Escott S. Raymond J. (2013). Krause Dietoterapia. Barcelona, España. Elsevier.
- Hernández M. (2008). Dietoterapia. La Habana, Cuba. Ciencias Médicas.
- Merino B, Rodríguez M. (2014). Patología y cirugías gastrointestinales. Madrid, España.

Cto.