



INTITUTO: Universidad del sureste

ASIGNATURA: enfermedades gastrointestinales

TEMA: resúmenes (unidad III)

DOCENTE: Rodrigo Manuel Bravo López

ALUMNA: Mariam de los ángeles Martínez Villagrán

FECHA: 12/11/22

Colestasis

La colestasis se define como la disminución o la ausencia del flujo normal de la bilis desde el hígado hasta el duodeno. La bilis fluye en condiciones normales desde las células hepáticas por un sistema colector representado por los conductos biliares intrahepáticos y los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Estos se unen formando el conducto hepático común, al que se une la vesícula biliar. A partir de esta unión, el conducto biliar se denomina colédoco y desemboca en el duodeno. El hepático común y el colédoco juntos, constituyen la vía biliar intrahepática.

La colestasis puede dividirse en intra- y extrahepática, según donde se encuentre el trastorno. En las colestasis intrahepáticas existe dificultad en el flujo biliar en el hígado, mientras que en la extrahepática existe una obstrucción mecánica a nivel del colédoco. Las colestasis pueden ocurrir de forma aguda o recurrente en algunos casos, mientras que si persiste en el tiempo más de 6 meses se considera crónica. En la mayoría de las colestasis extrahepáticas la obstrucción se resuelve tras tratamiento quirúrgico, endoscópico o radiológico, por lo que rara vez son crónicas. Casi cualquier enfermedad del hígado puede acompañarse de colestasis intrahepática transitoria: hepatitis víricas, toxicidad por fármacos, infecciones, enfermedades tumorales o situaciones fisiológicas como en el embarazo. Además, existen otras enfermedades poco frecuentes que afectan a los conductos biliares microscópicos del interior del hígado y que provocan de forma característica colestasis: son la cirrosis biliar primaria (CBP) y la colangitis esclerosante primaria (CEP).

Cuadro clínico

Los síntomas de ictericia, coluria y/o acolia, los análisis de sangre con alteración de las pruebas hepáticas (bilirrubina, gamma-glutamilttransferasa o GGT, fosfatasa alcalina, transaminasas ALT y AST), así como pruebas de imagen como la ecografía o el TAC abdominal permiten el diagnóstico de la colestasis y diferenciar entre intra- y extrahepática (en esta última la vía biliar principal extrahepática está dilatada).

Los antecedentes personales de interés como tratamientos farmacológicos previos, uso de hierbas medicinales, factores de riesgo (pinchazo accidental, consumo intravenoso de drogas) para hepatitis virales o abuso de alcohol son de utilidad en el diagnóstico. Otros análisis de sangre específicos confirmarán la existencia de una hepatitis viral o indicarán la posible presencia de enfermedades menos frecuentes como la CBP. En ocasiones es necesario efectuar una biopsia del hígado para conocer la causa de la colestasis intrahepática o una colangiografía magnética, una colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) o una ecoendoscopia, para saber con certeza cuál es la causa de la obstrucción en la vía biliar principal.

Factores de riesgo

Es cualquier afección en la que se reduce u obstruye el flujo de la bilis del hígado,

La colestasis extrahepática ocurre por fuera del hígado y puede ser provocada por:

- Tumores de las vías biliares
- Quistes
- Estrechamiento de la vía biliar (estenosis)
- Cálculos en el conducto colédoco
- Pancreatitis
- Tumores o pseudoquistes pancreáticos
- Presión sobre las vías biliares debido a una masa o tumor cercano
- Colangitis esclerosante primaria

La colestasis intrahepática ocurre dentro del hígado y puede ser causada por:

- Hepatopatía alcohólica
- Amiloidosis
- Absceso bacteriano en el hígado
- Alimentación exclusivamente por vía intravenosa (IV)
- Linfoma
- Embarazo
- Cirrosis biliar primaria
- Cáncer de hígado primario o metastásico
- Colangitis esclerosante primaria
- Sarcoidosis
- Infecciones graves que se han diseminado a través del torrente sanguíneo (sepsis)
- Tuberculosis
- Hepatitis viral

Ciertos medicamentos también pueden causar colestasis, por ejemplo:

- Antibióticos como ampicilina y otras penicilinas
- Esteroides anabólicos
- Píldoras anticonceptivas

- Clorpromazina
- Cimetidina
- Estradiol
- Imipramina
- Proclorperazina
- Terbinafina
- Tolbutamida

Tratamiento médico

Las estrategias de tratamiento buscan limitar la acumulación de ácidos biliares y reducir la reserva de estos, y apuntan a la hepatoprotección a partir de inducir coleresis o la excreción biliar de dichos ácidos, lo cual limita el daño del colangiocito y modula la inflamación generada por los ácidos biliares.

Así pues, el manejo de las enfermedades colestásicas (principalmente la CBP y la CEP) se sustenta en el uso de ácido ursodesoxicólico, el cual estimula el flujo biliar y de bicarbonato en los hepatocitos y en los colangiocitos. Además, brinda un efecto antiapoptótico y antiinflamatorio para identificar los criterios de respuesta, luego del inicio de dicho tratamiento en la CBP).

Tratamiento nutricional

La colestasis intensa y prolongada puede originar malabsorción de grasas y de vitaminas liposolubles. Si aparece esteatorrea, se deben restringir las grasas de la dieta a 30 ó 40 g/día. En caso de desnutrición y pérdida de peso, se debe administrar suplementos con TCM, que no requieren sales biliares para su absorción.

Tipos de Alimentación

Cada vez hay más personas que se plantean su estilo de vida, lo que les lleva a adoptar nuevos modelos de alimentación. Factores éticos, morales, de respeto a los animales o a la naturaleza suelen ser las razones para cambiar la forma de alimentarse, pero también los problemas de salud o la prevención de enfermedades inclinan la balanza del cambio.

Algunos tipos de Alimentación son:

Vegetarianos: Quizás sea el estilo de vida más conocido. Los vegetarianos tienen como principio no consumir ni carne ni pescado. Mientras que la base de su dieta es: verduras, legumbres, frutas, cereales, semillas y frutos secos. Además, pueden consumir productos de origen animal como los lácteos (yogur, leche, queso). El seitán, el tofu, semillas o garbanzos son algunos de los alimentos permitidos.

Ovolactovegetariano: En este tipo de dieta no se consume ni pescado ni carne, pero sí huevos y lácteos. Siempre en busca de un origen ecológico y sostenible. Se pueden encontrar dos variantes:

- Ovovegetarianos: rechazan los lácteos, pero sí toman huevos.
- Lactovegetarianos: no consumen huevos, pero sí lácteos y sus derivados.

Apivegetarianos: Se trata de aquellos vegetarianos que incluyen la miel en su dieta, a pesar de ser un alimento de origen animal. Siempre, producida de manera sostenible.

Pescetariano: Semi-vegetariano. Consiste en no comer carne de vaca, cerdo o ave de corral, pero sí pescados y mariscos.

Pollotariano: Semi-vegetariano. En esta dieta no se consume carne de vaca, cerdo, pescados y mariscos, pero sí pollo o aves de corral.

Flexitarianos: Aunque no sea una dieta vegetariana como tal es un término que está cobrando bastante relevancia en los últimos años. Esta dieta consiste en consumir alimentos vegetarianos o veganos, pero no de manera exclusiva. Normalmente se trata de aumentar el consumo de vegetales y frutas, reduciendo el consumo de carnes animales.

Veganos: Más es una forma de alimentarse es ya una filosofía de vida. Consiste en no consumir ningún alimento de origen animal, ya sea carne, pescados, huevos o lácteos, en no utilizar productos de origen animal, como ropa o calzado, y en no visitar lugares como circos o zoológicos ya que se considera al animal como un igual.

Crudiveganos: Los crudiveganos defienden el consumo de alimentos crudos para conservar al máximo sus nutrientes. También conocido como crudismo o dieta raw, admite algunas técnicas de cocina mientras que no se superen los 40-42 grados centígrados.

Frugivoristas: Es un tipo de veganismo donde solo se alimentan de frutas. Es una dieta con grandes carencias nutricionales y puede disparar los niveles de glucosa en sangre.

Paleo: Se trata de la dieta paleolítica, es decir, comer como nuestros antepasados. Se trata de comer solo lo que es bueno para nosotros desde el punto de vista de la salud, evitando los alimentos procesados y los azúcares añadidos. Aunque la base son las proteínas magras, está permitido comer fruta, verdura o semillas. Los lácteos, cereales y legumbres no se contemplan en esta dieta.

Dieta sátvica: Basada en el ayurveda, una disciplina milenaria de la India, que tiene como objetivo la unificación de cuerpo, mente y espíritu para lograr el bienestar. Y la dieta también es relevante en este objetivo. En esta dieta se consumen alimentos naturales, frescos, orgánicos y cocinados de la manera más natural (hervidos, crudos o con cocciones cortas).

Dieta macrobiótica: Con origen en Japón este estilo de vida se basa en el equilibrio y la dualidad Ying-Yang. La alimentación es simple, natural y respetando la naturaleza. Por eso es fundamental consumir productos de temporada, lo menos manipulados posible, solo hay que comer cuando se tenga hambre masticando correctamente y sin prisas. No son aptos en esta dieta los lácteos, las carnes rojas, azúcares, berenjenas, tomates, frutas tropicales, especias o alimentos refinados.

Disfagia

Se define la disfagia como la dificultad para tragar, y que consiste en la alteración en el mecanismo normal para tragar el alimento, a veces con dificultad para progresar el mismo y otras veces con tos cuando se come, por el paso del alimento o bebida al aparato respiratorio, que afecta a un muy variado grupo de pacientes, de todas las franjas de edad, pero sobre todo de edad avanzada, con afectación de la calidad de vida y que puede adquirir gran trascendencia por producir desnutrición y deshidratación e incluso riesgo incluso de muerte.

¿Por qué se produce? Cuando se altera el mecanismo fisiológico de la deglución, que se ha visto que tiene una gran complejidad y requiere una extraordinaria coordinación, se puede producir la disfagia. Ello puede ser por:

- Cambios en la anatomía, como pueden ser malformaciones, consecuencias de accidentes o de cirugías, enfermedades que alteren la estructura de la vía digestiva, como pueden ser tumores benignos y malignos de la vía aerodigestiva superior u otras enfermedades que compriman esta zona, como problemas de columna o divertículo de Zenker.

- Cambios degenerativos: como a veces de forma casi fisiológica con el envejecimiento, en que hay que adaptar la forma de alimentarse o enfermedades como el Alzheimer o trastornos similares.
- Problemas neurológicos, que modifican la movilidad de las estructuras implicadas en la deglución o la coordinación entre ellas, como pasa tras ictus, Parkinson u otras enfermedades neurológicas.

Cuadro clínico

Los síntomas de la disfagia son debidos a la propia disfagia y a las posibles consecuencias. Así el paciente puede notar:

- Dificultad para tragar ciertos alimentos.
- Tos a la hora de tragar, sobre todo con líquidos. A veces como crisis muy marcadas.
- Disfonía o cambios en la voz.
- Caída del alimento o la saliva por la boca o paso del alimento a la nariz.
- Vómitos, regurgitación o dolor en faringe y tórax.
- Infecciones respiratorias, con bronquitis y neumonías de repetición.
- Desnutrición y pérdida de peso.
- Deshidratación.

¿Cómo se diagnóstico?

El diagnóstico requiere de experiencia en disfagia pues como hemos visto se trata de un problema complejo con consecuencias importantes. Para ello se valoran los grupos de riesgo y se realiza una exploración otorrinolaringológica completa, sobre todo de la vía aerodigestiva superior, valorando la anatomía y la función de la misma. Se valoran técnicas de cribado que determinen el riesgo de disfagia y se realizan exploraciones clínicas. Sin embargo, las exploraciones clínicas minusvaloran la severidad de la disfagia en muchos pacientes.

¿Cómo se trata?

El tratamiento se basa en la valoración y exploraciones realizadas y debe individualizarse por cada paciente, conociendo la causa del problema, el mecanismo del mismo, las consecuencias, sobre todo en eficacia y seguridad, la situación de salud del paciente y planteando el objetivo que alcanzar. Tanto la valoración como el tratamiento requieren de un manejo multidisciplinar, que requiere al tratamiento de la enfermedad de base. Así para la disfagia existen diversas posibilidades:

- Modificaciones y adaptaciones de la dieta del paciente: Basadas en conocer que características de los alimentos puede o no puede comer y en base a ello poder espesar los líquidos, triturar los sólidos, etc.

- Técnicas de rehabilitación, realizadas por logopedas con experiencia en disfagia, con técnicas Restitutivas de incremento sensorial, de mejora de la movilidad, técnicas Adaptativas, con cambios posturales o maniobras deglutorias.
- Técnicas quirúrgicas, poco comunes pero cada vez mas aplicables, como inyecciones de toxina botulínica, cirugías de reposicionamiento laríngeo, cirugía para tratar parálisis faringolaríngicas, o cirugías sobre el esfínter esofágico superior.
- Finalmente, a veces, la disfagia requiere nutrición enteral con sonda de alimentación.

Factores de riesgo

Los siguientes son factores de riesgo de disfagia:

- Envejecimiento. Debido al envejecimiento normal, al desgaste natural del esófago y a un riesgo mayor de padecer ciertas afecciones, como un accidente cerebrovascular o la enfermedad de Parkinson, los adultos mayores tienen un riesgo mayor de sufrir dificultades para tragar. Pero la disfagia no se considera un signo normal del envejecimiento.
- Ciertas afecciones médicas. Las personas con ciertos trastornos neurológicos o del sistema nervioso son más propensas a tener dificultades para tragar.

Complicaciones

La dificultad para deglutir puede provocar lo siguiente:

- Malnutrición, pérdida de peso y deshidratación. La disfagia puede dificultar la ingesta suficiente de alimentos y líquidos.
- Neumonía por aspiración. Los alimentos o los líquidos que ingresan en las vías respiratorias durante los intentos de deglución pueden causar neumonía por aspiración debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones.
- Atragantamiento. Un alimento atorado en la garganta puede causar atragantamiento. Si el alimento bloquea completamente las vías respiratorias y nadie interviene con una maniobra de Heimlich exitosa, puede producirse la muerte.

Prevención

Aunque las dificultades para tragar no se pueden prevenir, puedes reducir el riesgo de padecer dificultades ocasionales para tragar si comes lentamente y masticas bien los alimentos. Sin embargo, si tienes signos o síntomas de disfagia, consulta con tu proveedor de atención médica.

Si tienes enfermedad por reflujo gastroesofágico, consulta a tu proveedor de atención médica para que te indique un tratamiento.

Tratamiento médico

El tratamiento de la disfagia depende del tipo o de la causa del trastorno de deglución.

- Disfagia orofaríngea para la disfagia orofaríngea, tu proveedor de atención médica podría derivarte a un terapeuta del habla o de la deglución. La terapia podría incluir lo siguiente:
 - Aprender ejercicios. Algunos ejercicios podrían ayudarte a coordinar los músculos de deglución o a estimular los nervios que provocan el reflejo de deglución.
 - Aprender técnicas de deglución. También podrías aprender maneras de colocar la comida en la boca o formas de posicionar el cuerpo y la cabeza para ayudarte a deglutir.
- Disfagia esofágica Los enfoques de tratamiento para la disfagia esofágica incluyen los siguientes:
 - Dilatación esofágica. Para un esfínter esofágico estrechado (acalasia) o una estenosis esofágica, el proveedor de atención médica podría usar un endoscopio con un globo especial conectado para estirar y expandir suavemente el esófago o introducir uno o más tubos flexibles para estirar el esófago (dilatación).
 - Cirugía. Para un tumor esofágico, acalasia o divertículos faringoesofágicos, es posible que necesites cirugía para despejar la vía esofágica.
 - Medicamentos. A la dificultad para deglutir asociada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico se la puede tratar con medicamentos orales de venta por receta médica para reducir el ácido estomacal.
 - Alimentación. Dependiendo de la causa de la disfagia, tu proveedor de atención médica podría recetar una dieta especial para ayudar con los síntomas.
- Disfagia grave: Si la dificultad para tragar te impide comer y beber lo suficiente y el tratamiento no te permite tragar de forma segura, es posible que el proveedor de atención médica te recomiende una sonda de alimentación. La sonda de alimentación proporciona nutrientes sin necesidad de tragar.
- Cirugía: Podría ser necesaria una cirugía para aliviar los problemas de deglución causados por el estrechamiento u obstrucción de la garganta (lo

que incluye las excrecencias óseas, la parálisis de las cuerdas vocales, los divertículos faringoesofágicos, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la acalasia), o para tratar el cáncer esofágico. La terapia del habla y la deglución generalmente es útil después de la cirugía.

Tratamiento nutricional

El objetivo es preparar alimentos que ayuden a la persona a hacer un bolo alimenticio que sea fácil y seguro de tragar y, además, realizar comidas variadas para mantener una alimentación lo más completa posible y con un aspecto, olor y sabor agradables.

Algunas informaciones básicas y recomendaciones generales a tener en cuenta a la hora de elaborar platos para personas con disfagia pueden ser (teniendo siempre en cuenta que dependerá del tipo y grado de la disfagia) :

- Garantizar la ingesta de 2 litros de agua al día (incluyendo los lácteos y otros líquidos espesados).
- Modificar la textura de los alimentos sólidos y líquidos para adaptarlos al que le vaya mejor a la persona para deglutir. Por ejemplo, se pueden espesar los líquidos si es necesario, o triturar los alimentos sólidos.
- Administrar solamente los alimentos que sabemos que se pueden masticar y tragar con seguridad.
- Preparar los alimentos para que sean homogéneos, melosos y fáciles de masticar. Evitar grumos y espinas.
- Si la persona tiene dificultades para tragar líquidos es mejor darle líquidos con una consistencia semisólida como la de las cremas de verdura, purés de fruta, yogures, natillas, cuajadas o queso fresco. También es importante evitar los líquidos de consistencia fina como el agua, el caldo, las infusiones, etc.

Que alimentos evitar:

- Evitar las dobles texturas con mezcla de líquido y sólidos en un mismo plato: por ejemplo, mezclar sopas con legumbres sin pasar por la batidora, bollos o magdalenas mojadas en la leche.
- Evitar los alimentos que, al masticarlos, desprenden líquido -como por ejemplo: sandía, melón, naranjas, también aquellos que se puedan convertir en líquido (como determinados tipos de helados).
- Evitar alimentos pegajosos que puedan quedar pegados al paladar porque provocan cansancio.
- Evitar alimentos fibrosos o con filamentos como: piña, naranja, algunas verduras y carnes fibrosas, etc.
- Tener en cuenta que los alimentos fríos o calientes se tragan mejor que los templados.
- Evitar las bebidas alcohólicas y gaseosas.

Pacientes inmunodeprimidos

El sistema inmunológico del paciente inmunodeprimido no logra producir una respuesta inmunitaria adecuada ante los virus y bacterias, entre otros. Una persona puede ser inmunodeficiente debido a una enfermedad o a una infección. Por ejemplo, las personas infectadas por el VIH son personas inmunodeprimidas; así como aquellos pacientes que han sido sometidos a tratamientos con medicamentos agresivos o radiación. La disfunción inmunitaria provoca una mayor probabilidad de incidencia de infecciones, neoplasias malignas y la aparición de enfermedades autoinmunes. Por esta razón, ante epidemias o pandemias, el paciente inmunodeprimido es un paciente de riesgo.

Los pacientes muy vulnerables que deben extremar las precauciones sanitarias y tener muy en cuenta todas las recomendaciones sanitarias aconsejadas por su médico. Es por ello, que como profesionales de la salud es muy importante ser conscientes de la situación de mayor vulnerabilidad a la que están expuestos los pacientes inmunodeprimidos y adaptar el tratamiento de estos pacientes acorde con su situación.

¿Cómo tratar a un paciente inmunodeprimido?

En algunos casos, los trastornos inmunitarios primarios están relacionados con una enfermedad grave, como puede ser un cáncer o un trastorno autoinmune, la cual necesita un tratamiento. Estos tratamientos para la inmunodeficiencia primaria suponen el tratamiento y la prevención de infecciones, para ello hay que reforzar el sistema inmunitario y tratar la causa de base donde reside el problema inmunitario.

Precauciones para el paciente inmunodeprimido

- Evitar el contacto con personas que tengan infecciones o enfermedades contagiosas. En caso de contagiarse, deben seguir las indicaciones de su médico.
- Los pacientes inmunodeprimidos que deseen realizar viajes de larga duración deberán consultar con su médico el estado de su salud. Este le proporcionará las indicaciones pertinentes respecto al cuidado de su salud y la medicación que debe tomar.
- Es conveniente que los pacientes inmunodeprimidos mantengan una buena higiene en todo momento: lavarse las manos, taparse la boca al toser o al estornudar, sonarse con pañuelos de papel y desecharlos, etc.
- En todo caso, los pacientes inmunodeprimidos deben seguir un estilo de vida saludable. Esto se traduce en una alimentación sana, que aporte suficientes nutrientes al organismo para seguir con la actividad. Por otro lado, la práctica de ejercicio físico de forma habitual contribuirá al mantenimiento de la motricidad del cuerpo.
- Se aconseja evitar todo tipo de sustancias tóxicas para el organismo: tabaco, drogas, alcohol, etc.

Tratamiento para reforzar el sistema inmunitario

- Inmunoglobulina. La inmunoglobulina puede administrarse mediante vía intravenosa o mediante una infusión subcutánea. Hay que recordar, que la inmunoglobulina consiste en las proteínas de los anticuerpos que el sistema inmunológico requiere para combatir las infecciones. No obstante, el tratamiento intravenoso debe hacerse semanalmente o quincenalmente mientras que la infusión subcutánea se debe de realizar una o dos veces por semana.
- Interferón gamma. El interferón gamma es una sustancia sintética que se inyecta en el muslo o en el brazo tres veces a la semana. Estas sustancias se utilizan para el tratamiento de la enfermedad granulomatosa crónica, una forma de inmunodeficiencia primaria. Los interferones son sustancias que produce el cuerpo naturalmente y son los encargados de combatir con los virus y estimular las células del sistema inmunitario.
- Factores de crecimiento. Esta terapia es muy útil para tratar la falta de ciertos glóbulos blancos causantes de la inmunodeficiencia. Este tratamiento con factores de crecimiento ayuda a incrementar el número de glóbulos blancos que fortalecen el sistema inmunitario.

Tratamiento médico

Los tratamientos para la inmunodeficiencia primaria implican prevenir y tratar infecciones, reforzar el sistema inmunitario y tratar la causa de base del problema inmunitario. En algunos casos, los trastornos inmunitarios primarios están relacionados con una enfermedad grave, como un trastorno autoinmune o un cáncer, la cual también necesita tratamiento.

Control de las infecciones

- Tratamiento de infecciones. Las infecciones requieren un tratamiento rápido y agresivo con antibióticos. El tratamiento puede requerir un curso de antibióticos más largo de lo que se suele recetarse. Las infecciones que no responden pueden requerir hospitalización y antibióticos por vía intravenosa.
- Prevención de infecciones. Algunas personas necesitan antibióticos a largo plazo para prevenir infecciones respiratorias y el daño permanente a los pulmones y los oídos.
- Terapia de inmunoglobulina. La inmunoglobulina consiste en las proteínas de los anticuerpos que se necesitan para que el sistema inmunitario combata las infecciones. La inmunoglobulina puede inyectarse en una vena a través de una vía intravenosa o colocarse debajo de la piel (infusión subcutánea)

Tratamiento nutricional

Se requiere mantener ciertas precauciones en la compra de alimentos, en la preparación de los mismos, en su conservación y en su consumo.

- Alimentos frescos que se puedan pelar y lavar o que estén adecuadamente cocinados.
- Se recomiendan alimentos envasados, enlatados con fecha de caducidad y consumó preferente.
- Se aconsejan los productos presentados en envases individuales o pequeños.

Alimentos que no se deben consumir

- Los productos a granel
- Los productos sin fecha de caducidad
- Los productos con envases no íntegros o dañados
- Todos aquellos productos que no pasen los controles de calidad rutinarios

VIH/SIDA

¿Qué significa VIH?

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Daña su sistema inmunitario al destruir un tipo de glóbulo blanco que ayuda a su cuerpo a combatir las infecciones. Esto lo pone en riesgo de sufrir infecciones graves y ciertos tipos de cáncer.

¿Qué significa sida?

Sida significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es la etapa final de la infección por VIH. Ocurre cuando el sistema inmunitario del cuerpo está muy dañado por el virus. No todas las personas con VIH desarrollan sida.

¿Cómo se transmite?

El VIH se puede propagar de diferentes formas:

- A través de relaciones sexuales sin protección con una persona con VIH. Ésta es la forma más común de transmisión
- Compartiendo agujas para el consumo de drogas
- A través del contacto con la sangre de una persona con VIH
- De madre a bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia

¿Quiénes tiene riesgo de contraer la infección?

Cualquier persona puede contraer el VIH, pero ciertos grupos tienen un mayor riesgo:

- Personas que tienen otra enfermedad de transmisión sexual (ETS). Tener una ETS puede aumentar su riesgo de contraer o transmitir el VIH
- Personas que se inyectan drogas con agujas compartidas

- Hombres homosexuales y bisexuales. Afrodescendientes y los hispanos y latinos. Ellos constituyen una mayor proporción de nuevos diagnósticos de VIH y personas con VIH, en comparación con otras razas y etnias
- Personas que tienen conductas sexuales de riesgo, como no usar condones

Cuadro clínico

Los primeros signos de infección por VIH pueden ser síntomas similares a los de la gripe:

- Fiebre
- Escalofríos
- Sarpullido
- Sudores nocturnos
- Dolores musculares
- Dolor de garganta
- Fatiga
- Ganglios linfáticos inflamados
- Úlceras en la boca

Estos síntomas pueden aparecer y desaparecer en un plazo de dos a cuatro semanas. Esta etapa se llama infección aguda por VIH.

Si la infección no se trata, se convierte en una infección crónica por el VIH. A menudo, no hay síntomas durante esta etapa. Si no se trata, eventualmente el virus debilitará el sistema inmunitario de su cuerpo. Entonces la infección avanzará a sida. Ésta es la última etapa de la infección por VIH. Con el sida, su sistema inmunitario está gravemente dañado. Puede contraer infecciones cada vez más graves, conocidas como infecciones oportunistas.

Es posible que algunas personas no se sientan enfermas durante las primeras etapas de la infección por el VIH. Entonces, la única forma de saber con certeza si tiene el VIH es hacerse la prueba.

Factores de riesgo

Muchos factores pueden aumentar o disminuir el riesgo de contraer el VIH entre los jóvenes. La Encuesta Nacional sobre las Conductas de Riesgo en los Jóvenes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y otros datos de los CDC han identificado los

siguientes factores de riesgo principales que pueden aumentar el riesgo de los adolescentes y los adultos jóvenes de contraer VIH:

- Consumir de alcohol o drogas antes del sexo. Esto puede afectar la toma de decisiones sobre si tener sexo o usar preservativos durante esta práctica.
- No usar un método de prevención del VIH durante las relaciones sexuales. Utilizar preservativos o tomar medicamentos para prevenir o tratar el VIH son opciones de prevención del VIH muy eficaces.
- Tener relaciones sexuales con múltiples parejas. Cuantas más parejas sexuales tenga una persona, más probabilidades tendrá de exponerse al VIH o a otras infecciones de transmisión sexual.
- Tener relaciones sexuales entre hombres. Los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, especialmente los afrodescendientes e hispanos/latinos, tienen altos índices de nuevos diagnósticos del VIH. El sexo anal es el tipo de sexo más riesgoso para contraer o transmitir el VIH.
- Compartir agujas, jeringas u otros elementos de inyección de drogas.
- Otros factores que pueden aumentar la posibilidad de que un joven contraiga o transmita el VIH son la falta de educación sobre el sexo seguro, tener parejas sexuales mayores y tener otra enfermedad de transmisión sexual.

Tratamiento médico

Actualmente, no existe una cura para el VIH ni el SIDA. Una vez que tienes la infección, tu cuerpo no puede deshacerse de ella. Sin embargo, hay muchos medicamentos que pueden controlar el VIH y evitar complicaciones. Estos medicamentos se denominan terapia antirretroviral. Todas las personas a quienes se les diagnostica el VIH deben comenzar con la terapia antirretroviral, independientemente de la etapa de la infección o de las complicaciones.

La terapia antirretroviral suele ser una combinación de dos o más medicamentos de varias clases de fármacos diferentes. Este enfoque es el que más posibilidades tiene de reducir la cantidad de VIH en la sangre. Hay muchas opciones de terapia antirretroviral que combinan

varios medicamentos para el VIH en un solo comprimido, que se toma una vez al día. Cada clase de fármaco bloquea el virus de una manera diferente. El tratamiento consiste en combinaciones de fármacos de diferentes clases para:

- Tener en cuenta la resistencia individual a los fármacos (genotipo viral)
- Evitar la creación de nuevas cepas de VIH resistentes a los fármacos
- Maximizar la supresión del virus en la sangre

Normalmente se utilizan dos fármacos de una clase, más un tercer fármaco de una segunda clase.

Las clases de fármacos contra el VIH incluyen:

- Los inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleosídicos bloquean una proteína que el VIH necesita para replicarse. Entre los ejemplos, se incluyen el efavirenz (Sustiva), la rilpivirina (Edurant) y la doravirina (Pifeltro).
- Los inhibidores de la transcriptasa reversa nucleosídicos o nucleotídicos son versiones defectuosas de los componentes básicos que el VIH necesita para replicarse. Entre los ejemplos, se incluyen el abacavir (Ziagen), el tenofovir disoproxil fumarato (Viread), la emtricitabina (Emtriva), la lamivudina (Epivir) y la zidovudina (Retrovir).
- Los inhibidores de la proteasa inactivan la proteasa del VIH, otra proteína que el VIH necesita para replicarse. Entre los ejemplos, se incluyen el atazanavir (Reyataz), el darunavir (Prezista) y el lopinavir/ritonavir (Kaletra).
- Los inhibidores de la integrasa funcionan mediante la inhibición de una proteína que se llama integrasa que el VIH utiliza para insertar su material genético en los linfocitos T CD4.
- Los inhibidores de entrada o de fusión bloquean la entrada del VIH en los linfocitos T CD4. Algunos ejemplos son la enfuvirtida (Fuzeon) y el maraviroc (Selzentry).

Tratamiento nutricional

En general, los fundamentos de una alimentación saludable son iguales para todas las personas, incluso para las que tienen el VIH.

- Consuma una variedad de alimentos de los cinco grupos de alimentos: frutas, verduras, granos, proteínas y productos lácteos.
- Consuma la cantidad adecuada de alimentos para mantener un peso saludable.
- Escoja alimentos con poco contenido de grasa saturada, sodio (sal) y azúcares agregados.

Transplante de hígado

Un trasplante de hígado es un procedimiento quirúrgico para extirpar el hígado que ya no funciona de forma adecuada (insuficiencia hepática) y reemplazarlo con un hígado saludable de un donante fallecido o con una parte de un hígado sano de un donante vivo. El hígado es el órgano interno más grande y realiza varias funciones fundamentales, que incluyen las siguientes:

- Procesa nutrientes, medicamentos y hormonas
- Produce bilis, que ayuda al organismo a absorber grasas, colesterol y vitaminas liposolubles
- Fabrica proteínas que intervienen en la coagulación sanguínea
- Elimina bacterias y toxinas de la sangre
- Previene infecciones y regula respuestas inmunitarias

En general, el trasplante de hígado se reserva como una opción de tratamiento para personas que tienen complicaciones significativas debido a una enfermedad hepática crónica en etapa terminal. El trasplante de hígado también puede ser una opción de tratamiento en casos raros de insuficiencia repentina de un hígado previamente sano.

La cantidad de personas que esperan un trasplante de hígado excede enormemente la cantidad disponible de hígados de donantes fallecidos.

Recibir parte del hígado de un donante vivo es una alternativa a tener que esperar un órgano proveniente de un donante fallecido. El trasplante de hígado de un donante vivo es posible porque el hígado humano se regenera y vuelve a su tamaño normal poco después de la extirpación quirúrgica de parte del órgano.

Por qué se realiza:

El trasplante de hígado es una opción de tratamiento para algunas personas con cáncer de hígado y para personas con insuficiencia hepática cuya afección no puede controlarse mediante otros tratamientos.

La insuficiencia hepática puede presentarse rápidamente o en un período más prolongado. La insuficiencia hepática que se produce rápidamente, en cuestión de semanas, se denomina insuficiencia hepática aguda. La insuficiencia hepática aguda es una afección poco común que suele ser resultado de complicaciones con ciertos medicamentos. Aunque el trasplante de hígado puede tratar la insuficiencia hepática aguda, se utiliza con más frecuencia para tratar la insuficiencia hepática crónica. La insuficiencia hepática crónica aparece lentamente durante meses o años.

Riesgos y complicaciones

La cirugía para el trasplante de hígado conlleva un riesgo de complicaciones serias. Existen riesgos asociados con el procedimiento en sí y con los medicamentos necesarios para prevenir el rechazo del hígado del donante después del trasplante.

Los riesgos asociados con el procedimiento comprenden los siguientes:

- Complicaciones de los conductos biliares, como fugas del conducto colédoco o estrechamiento de los conductos biliares
- Sangrado
- Coágulos sanguíneos
- Falla del hígado donado
- Infección
- Rechazo del hígado donado
- Confusión mental o convulsiones

Las complicaciones a largo plazo también pueden comprender la recurrencia de la enfermedad hepática en el hígado trasplantado.

Tratamiento nutricional

Después del trasplante de hígado, es especialmente importante llevar una dieta bien equilibrada para recuperarte y mantener el hígado sano.

Tu equipo de trasplante incluye un especialista en nutrición (dietista) que puede analizar tus necesidades de nutrición y dieta, y responder a cualquier pregunta que tengas después del trasplante.

En general, tu dieta después del trasplante de hígado debe ser baja en sal, colesterol, grasa y azúcar.

Para evitar dañar el nuevo hígado, es importante evitar el alcohol. No consumas bebidas alcohólicas ni uses alcohol para cocinar.

El dietista también te recomendará varias opciones de alimentos saludables e ideas para implementar en tu plan de nutrición. Las recomendaciones de tu dietista pueden incluir las siguientes:

- Comer al menos cinco porciones de frutas y vegetales al día
- Evitar el pomelo y el jugo de pomelo debido a su efecto en un grupo de medicamentos inmunosupresores
- Incluir suficiente fibra en la dieta diaria
- Elegir alimentos integrales en lugar de los procesados
- Consumir productos lácteos bajos en grasa o sin grasa, lo que es importante para mantener niveles óptimos de calcio y fósforo.
- Comer carnes magras, aves y pescado
- Seguir las pautas de seguridad alimentaria
- Mantenerte hidratado y beber bastante cantidad de agua y de otros líquidos todos los días

Transplante de corazón

Un trasplante de corazón es una operación en la que un corazón enfermo se reemplaza por el corazón más sano de un donante. El trasplante de corazón es un tratamiento que, por lo general, se reserva para las personas cuya afección no ha mejorado lo suficiente con medicamentos u otras cirugías. Si bien el trasplante de corazón es una operación importante, las probabilidades de supervivencia son elevadas si recibes una atención de seguimiento adecuada.

¿Por qué se realiza?

Los trasplantes de corazón se hacen cuando otros tratamientos para los problemas cardíacos no funcionaron y se produce una insuficiencia cardíaca. En los adultos, la insuficiencia cardíaca se puede producir a causa de lo siguiente:

- Debilitamiento del músculo cardíaco (miocardiopatía)
- Enfermedad de las arterias coronarias
- Enfermedad de las válvulas cardíacas
- Algún problema cardíaco de nacimiento (defecto cardíaco congénito)
- Ritmos cardíacos anormales recurrentes y peligrosos (arritmias ventriculares) no controlados con otros tratamientos
- Fracaso de un trasplante de corazón anterior

En los niños, la insuficiencia cardíaca se produce, por lo general, a causa de un defecto cardíaco congénito o de una miocardiopatía.

Se puede hacer el trasplante de otro órgano al mismo tiempo que un trasplante de corazón (trasplante multiorgánico) en personas con ciertas afecciones y en determinados centros médicos.

Los trasplantes multiorgánicos incluyen los siguientes:

- Trasplante de corazón y riñón. Este procedimiento puede ser una opción para algunas personas con insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca.
- Trasplante de corazón e hígado. Este procedimiento puede ser una opción para personas con ciertas afecciones hepáticas y cardíacas.
- Trasplante de corazón y pulmón. Rara vez, los médicos pueden sugerir este procedimiento a algunas personas con enfermedades pulmonares y cardíacas graves si las afecciones no se pueden tratar únicamente con un trasplante de corazón o de pulmón.

Riesgos

Además de los riesgos de someterse a una cirugía a corazón abierto, que incluyen sangrado, infección y coágulos de sangre, los riesgos de un trasplante de corazón incluyen los siguientes:

- Rechazo del corazón del donante. Uno de los riesgos más preocupantes después de un trasplante de corazón es que el cuerpo rechace el corazón del donante. El sistema inmunitario puede considerar que el corazón del donante es un objeto extraño y tratar de rechazarlo, lo cual puede dañar el corazón. Cada receptor del trasplante de corazón recibe medicamentos para prevenir el rechazo (inmunosupresores) y, como resultado, la tasa de rechazo de órganos continúa disminuyendo. Algunas veces, un cambio en los medicamentos detendrá el rechazo si este ocurre.
- Fallo del injerto primario. Con esta afección, que es la causa más frecuente de muerte en los primeros meses después del trasplante, el corazón del donante no funciona.
- Problemas con las arterias. Después del trasplante, es posible que las paredes de las arterias del corazón se engrosen y endurezcan, lo que puede llevar a una vasculopatía por aloinjerto cardíaco. Esto puede dificultar la circulación sanguínea a través del corazón y puede causar un ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas o muerte cardíaca súbita.
- Efectos secundarios de los medicamentos. Los inmunosupresores que necesitarás tomar por el resto de tu vida pueden causar daño renal grave y otros problemas.
- Cáncer. Los inmunosupresores también pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer. Tomar estos medicamentos puede aumentar el riesgo de tener cáncer de piel y de desarrollar un linfoma no Hodgkin, entre otros.

- Infección. Los inmunosupresores disminuyen tu capacidad para combatir las infecciones. Muchas personas que reciben trasplantes de corazón tienen una infección que requiere la internación en el hospital durante el primer año después del trasplante.

Tratamiento nutricional

Después de un trasplante de corazón, es posible que tengas que modificar tu alimentación para mantener el corazón sano y en buen estado de funcionamiento. Mantener un peso saludable con dieta y ejercicio puede ayudarte a evitar complicaciones, como la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas y la diabetes.

- Llevar una alimentación equilibrada y sana e incluir muchos alimentos de origen vegetal
- Comer muchas frutas y verduras todos los días
- Comer carnes magras, como pescado o carne de aves
- Elegir alimentos que tienen contenidos bajos o moderados de sodio (sal), grasas y azúcar añadido
- Elegir alimentos con mucha fibra, como frutas, verduras y granos integrales
- Elegir grasas saludables para el corazón, como aguacate, salmón y frutos secos

También podrás:

- Beber leche baja en grasa o sin grasa o consumir otros productos lácteos descremados o desnatados para ayudar a mantener las cantidades de calcio que el cuerpo necesita
- Evitar las frutas que pueden afectar a los medicamentos que tomes después del trasplante. Entre los ejemplos se incluyen la toronja, la naranja amarga y la granada
- Alcanzar y mantener un peso saludable
- Seguir las pautas de seguridad alimentaria para reducir el riesgo de infección
- Evitar el consumo excesivo de alcohol
- Mantenerte hidratado bebiendo una cantidad suficiente de agua y de otros líquidos todos los días.

Hacer ejercicio

Después del trasplante, el médico puede recomendarte que hagas del ejercicio y la actividad una parte regular de tu vida para seguir mejorando tu salud física y mental en general.

Hacer ejercicio con regularidad puede ayudarte a controlar la presión arterial, reducir el estrés, mantener un peso saludable, fortalecer los huesos y aumentar la función física.

Tu equipo de tratamiento creará un programa de ejercicios diseñado para satisfacer tus necesidades y objetivos individuales. Participarás en la rehabilitación cardíaca, que te ayudará a mejorar tu resistencia, fuerza y energía. La rehabilitación cardíaca te ayuda a mejorar la salud y a recuperarte después de un trasplante cardíaco.

Tu programa de ejercicios puede incluir ejercicios de calentamiento como estiramientos o caminatas lentas. Tu equipo de tratamiento puede sugerirte caminar, andar en bicicleta, fortalecimiento muscular y otro ejercicio. Los especialistas del equipo de tratamiento probablemente te sugerirán que relajes los músculos dejándolos que se enfríen después de hacer ejercicio, tal vez caminando lentamente. Analiza con tu equipo de tratamiento qué opción puede ser mejor para ti.

Linfoma de hodgkin

El linfoma de Hodgkin es un tipo de cáncer que afecta el sistema linfático, que es parte del sistema inmunitario del cuerpo que se encarga de combatir los gérmenes. En el linfoma de Hodgkin, los glóbulos blancos, denominados linfocitos, crecen sin control, lo que provoca que los ganglios linfáticos se inflamen y que aparezcan bultos en todo el cuerpo. El linfoma de Hodgkin, que solía denominarse enfermedad de Hodgkin, es una de dos categorías generales de linfoma. La otra es el linfoma no hodgkiniano.

Los avances en el diagnóstico y el tratamiento del linfoma de Hodgkin han contribuido a brindar a las personas con esta enfermedad la posibilidad de una recuperación completa. El pronóstico sigue mejorando para las personas con linfoma de Hodgkin.

Tipos

- Leucemia linfocítica crónica
- Linfoma
- Linfoma cutáneo de células T
- Linfoma cutáneo de linfocitos B

Cuadro clínico

Entre los signos y síntomas del linfoma de Hodgkin se pueden incluir los siguientes:

- Hinchazón indolora de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas o la ingle
- Fatiga persistente
- Fiebre
- Sudoraciones nocturnas
- Pérdida de peso de forma no intencional
- Picazón intensa

- Dolor en los ganglios linfáticos después de beber alcohol

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer linfoma de Hodgkin son los siguientes:

- La edad. El linfoma de Hodgkin se diagnostica con mayor frecuencia en personas de entre 20 y 30 años y mayores de 55 años.
- Antecedentes familiares del linfoma. Tener un pariente consanguíneo con linfoma de Hodgkin incrementa el riesgo de padecer linfoma de Hodgkin.
- Ser un hombre. Las personas que nacen hombres son más propensas a padecer linfoma de Hodgkin que las que nacen mujeres.
- Infección anterior por el virus de Epstein-Barr. Las personas que padecieron enfermedades provocadas por el virus de Epstein-Barr, como mononucleosis infecciosa, son más propensas a padecer linfoma de Hodgkin que las personas que no tuvieron infecciones por el virus de Epstein-Barr.
- Infección por VIH. Las personas infectadas con el VIH tienen un mayor riesgo de linfoma de Hodgkin.

Tratamiento médico

La quimioterapia y la radioterapia son los tratamientos principales para el linfoma de Hodgkin. Dependiendo del caso, se pueden utilizar uno o ambos de estos tratamientos. Algunos pacientes podrían ser tratados con inmunoterapia o el trasplante de células madre, especialmente si otros tratamientos no han funcionado. Excepto para realizar las biopsias y la determinación de la etapa, la cirugía se emplea pocas veces en el tratamiento del linfoma de Hodgkin.

Leucemia

La leucemia es el cáncer de los tejidos que forman la sangre en el organismo, incluso la médula ósea y el sistema linfático.

Existen muchos tipos de leucemia. Algunas formas de leucemia son más frecuentes en niños. Otras tienen lugar, principalmente, en adultos.

La leucemia, por lo general, involucra a los glóbulos blancos. Los glóbulos blancos son poderosos combatientes de infecciones; por lo general, crecen y se dividen de manera organizada, a medida que el cuerpo los necesita. Pero en las personas que tienen leucemia, la médula ósea produce una cantidad excesiva de glóbulos blancos anormales que no funcionan correctamente.

Cuadro clínico

Los síntomas de la leucemia varían según el tipo de leucemia. Los signos y síntomas comunes incluyen los siguientes:

- Fiebre o escalofríos
- Fatiga persistente, debilidad
- Infecciones frecuentes o graves
- Pérdida de peso sin intentarlo
- Ganglios linfáticos inflamados, agrandamiento del hígado o del bazo
- Sangrado y formación de hematomas con facilidad
- Sangrados nasales recurrentes
- Pequeñas manchas rojas en la piel (petequia)
- Hiperhidrosis, sobre todo por la noche
- Dolor o sensibilidad en los huesos

Como se forma la leucemia

En general, se cree que la leucemia aparece cuando algunas células sanguíneas adquieren cambios (mutaciones) en el material genético o ADN. El ADN de una célula contiene instrucciones que le dicen lo que debe hacer. Habitualmente, el ADN le indica a la célula que crezca a cierto ritmo y que se muera en determinado momento. En la leucemia, las mutaciones indican a las células sanguíneas que continúen creciendo y dividiéndose.

Cuando esto sucede, la producción de células sanguíneas se descontrola. Con el tiempo, esas células anormales pueden desplazar a las células sanguíneas sanas de la médula ósea, lo que disminuye la cantidad de plaquetas, glóbulos blancos y glóbulos rojos sanos, y causa los signos y síntomas de la leucemia.

Cómo se clasifica

Los médicos clasifican la leucemia en función de la velocidad de evolución y de los tipos de células involucrados. El primer tipo de clasificación se centra en la velocidad de evolución de la leucemia:

- Leucemia aguda. En la leucemia aguda, las células sanguíneas anormales son células sanguíneas inmaduras (blastos). No pueden cumplir sus funciones normales y se multiplican rápido; por lo tanto, la enfermedad empeora con rapidez. La leucemia aguda exige un tratamiento oportuno y agresivo.
- Leucemia crónica. Existen muchos tipos de leucemias crónicas. Algunas producen demasiadas células y otras, muy pocas. La leucemia crónica comprende células sanguíneas más maduras. Esas células sanguíneas se replican y acumulan muy lentamente, y pueden funcionar con normalidad durante un tiempo. Algunas formas de leucemia crónica, al principio, no

producen síntomas tempranos, por lo que pueden pasar desapercibidas o no diagnosticarse durante años.

El segundo tipo de clasificación tiene en cuenta el tipo de glóbulo blanco afectado:

- Leucemia linfocítica. Este tipo de leucemia afecta las células linfoides (linfocitos) que forman el tejido linfoide o linfático. El tejido linfático forma el sistema inmunitario.
- Leucemia mielógena. Este tipo de leucemia afecta las células mieloides. Estas originan los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las células que producen plaquetas.

Tipos de leucemia

Los principales tipos de leucemia son:

- Leucemia linfocítica aguda. Este es el tipo más frecuente de leucemia en niños jóvenes. La leucemia linfocítica aguda también puede afectar a los adultos.
- Leucemia mielógena aguda. La leucemia mielógena aguda es un tipo de leucemia frecuente. Afecta a niños y a adultos. La leucemia mielógena aguda es el tipo más frecuente de leucemia aguda en adultos.
- Leucemia linfocítica crónica. Si tienes leucemia linfocítica crónica, la leucemia crónica más frecuente en adultos, es posible que te sientas bien durante años sin necesitar tratamiento.
- Leucemia mielógena crónica. Este tipo de leucemia afecta principalmente a adultos. Una persona que padece leucemia mielógena crónica tiene pocos síntomas o ninguno durante meses o años antes de ingresar a una fase en la que las células de la leucemia crecen más rápido.
- Otros tipos. Existen otros tipos de leucemia poco frecuentes, como la leucemia de células pilosas, los síndromes mielodisplásicos y los trastornos mieloproliferativos.

Factores de riesgo

Los factores que pueden aumentar los riesgos de manifestar algunos tipos de leucemia son los siguientes:

- Tratamientos oncológicos previos. Las personas que se sometieron a determinados métodos de quimioterapia y radioterapia por otros tipos de cáncer corren un mayor riesgo de manifestar ciertos tipos de leucemia.
- Trastornos genéticos. Las anomalías genéticas parecen influir en el desarrollo de la leucemia. Ciertos trastornos genéticos, como el síndrome de Down, están asociados con un mayor riesgo de padecer leucemia.
- Exposición a ciertas sustancias químicas. La exposición a ciertas sustancias químicas, como el benceno (el cual se encuentra en la gasolina y se utiliza

en la industria química), está relacionada con un mayor riesgo de padecer algunos tipos de leucemia.

- Tabaquismo. Fumar cigarrillos aumenta el riesgo de padecer leucemia mielógena aguda.
- Antecedentes familiares de leucemia. Si a algún miembro de tu familia se le ha diagnosticado leucemia, tu riesgo de padecer la enfermedad puede aumentar.

Tratamiento médico

Para detectarla, tu médico, además de realizarte un examen físico y verificar tu historial clínico, te solicitará análisis de sangre, pruebas de genética y de médula ósea, esta última mediante la aspiración de médula ósea de la cadera. Posiblemente también sea necesario hacer estudios adicionales para saber si el cáncer se ha diseminado a otras áreas de tu organismo.

El tratamiento y la duración del mismo dependerá del tipo de leucemia y el grado de avance de la misma, así como de tu edad y estado físico, pero por lo general incluye:

- Radioterapia.
- Quimioterapia.
- Trasplante de células hematopoyéticas.
- Terapia biológica.

Tratamiento nutricional

- Realiza 5 comidas al día, asegurando que sean platos de valor nutricional. Si no tienes mucha hambre, empieza por cantidades pequeñas, pero no te saltes comidas.
- Usa técnicas de cocina suaves, como la plancha, el vapor, el horno... Evita freír los alimentos.
- Haz un consumo moderado de grasas, en especial las de origen animal.
- Bebe mucho líquido y a poder ser, entre horas, no en el momento de las comidas, ya que hará que te sientas más hinchado.
- Ten buenas prácticas de manipulación de alimentos, lavando correctamente los productos frescos y pelando la fruta. Asimismo, asegura que se conserven correctamente en el frigorífico.

Bibliografía

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000100008#:~:text=Las%20manifestaciones%20cl%C3%ADnicas%20de%20la,y%20clara%20de%20las%20heces%20

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000215.htm>

<https://www.blogdeasisa.es/bienestar/alimentacion/diferentes-tipos-de-alimentacion/>

<https://www.disfagia.es/>

<https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>

DIETA DE 1 DÍA PARA PACIENTES CON DISFAGIA

DESAYUNO	COLACIÓN	ALMUERZO	COLACIÓN	CENA
Pan blanco triturado con leche	Puré de fruta con galletas trituradas	Triturado de huevo con papas y verduras	Natilla de vainilla	Triturado de sopa de verduras
Papilla de mango		Crema de calabaza	Triturado de frutas	

DIETA DE 1 DÍA PARA PACIENTES INMUNODEPRIMIDO

DESAYUNO	COLACIÓN	ALMUERZO	COLACIÓN	CENA
Huevos revueltos con jamón y un vaso de jugo de naranja	Cóctel de frutas, manzana y uvas	Pechuga a la plancha con aguacate en rodajas y ensalada de brócoli y zanahoria	Avena cocida con leche y frutos rojos	Ensalada de atún con huevo cocido

DIETA DE 1 DÍA PARA PACIENTES CON VIH/ SIDA

DESAYUNO	COLACIÓN	ALMUERZO	COLACIÓN	CENA
Crema de calabaza con pechuga sin piel asada y un vaso de agua	Gelatina de sabor	Bistec con papas y arroz y un vaso de agua	Pan tostado con mermelada	<u>Huevos revueltos con jamón y queso</u>

DIETA DE 1 DÍA PARA PACIENTES CON TRANSPLANTE DE HÍGADO

DESAYUNO	COLACIÓN	ALMUERZO	COLACIÓN	CENA
Pechuga a la plancha con arroz y frijoles y agua de avena con tres tortillas, sin sal	Cóctel de frutas y	Caldo de pollo con verduras, sin sal y un vaso de agua de avena	Pan integral con crema de cacahuate y rodajas de guineo	Huevos con espinacas, sin sal