



Institución: Universidad Del Sureste “Matutino”

Asignatura: Nutrición En Enfermedades Gastrointestinales

Tema: Unidad III

Docente: Rodrigo Bravo López

Alumno(a): Sandra Ramos Solis

4°Cuatrimestre 3°Parcial

24-10-22- 12-11-22. Tapachula Chiapas

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). Dentro de la colestasis extrahepática la coledocolitiasis (cálculos biliares en el interior del colédoco) es la causa más frecuente, pero también hay que tener en cuenta los tumores de la vía biliar y los pancreáticos.

¿CÓMO SE MANIFIESTA?

Las manifestaciones clínicas de la colestasis derivan de la acumulación en el hígado, sangre y otros tejidos de las sustancias habitualmente excretadas por la bilis, dando lugar al color amarillento de piel y ojos (ictericia), el picor (prurito) cutáneo, la coloración oscura de la orina (coluria) y clara de las heces (acolia). Sin embargo, algunas colestasis de baja intensidad, pueden dar lugar a la alteración de otros análisis hepáticos, pero no a un gran aumento de la bilirrubina. Son las llamadas “ colestasis anictéricas” , es decir, sin ictericia. Otros síntomas son secundarios a la malabsorción de determinados nutrientes debido a la

falta de los ácidos biliares, que son necesarios para que se produzca de forma adecuada la digestión. Puede aparecer diarrea con aumento de la grasa en heces (esteatorrea), pérdida de peso, y déficit de absorción de vitaminas liposolubles como la vitamina A, D, E y K, que a la larga puede originar entre otros trastornos ceguera nocturna, falta de osificación de los huesos (osteopenia, osteoporosis, osteomalacia) y alteración de la coagulación.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

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 eco endoscopia, para saber con certeza cuál es la causa de la obstrucción en la vía biliar principal.

CAUSAS DE LA COLESTASIS

Las causas de la colestasis se dividen en dos grupos: las que se originan dentro del hígado y las que se originan fuera de él.

Dentro Del Hígado: Las causas incluyen hepatitis aguda, enfermedad hepática alcohólica, colangitis biliar primaria con inflamación y cicatrización de las vías biliares, cirrosis por hepatitis vírica B o C (también con inflamación y cicatrización de las vías biliares), determinados fármacos (p. ej. amoxicilina/clavulánico, clorpromacina, azatioprina y anticonceptivos orales), efectos de las hormonas producidas durante el embarazo sobre el flujo biliar (situación denominada colestasis del embarazo) y cáncer que se ha extendido al hígado.

Fuera Del Hígado: Las causas incluyen la presencia de un cálculo en una vía biliar, estrechamiento (estenosis) de una vía biliar, cáncer de una vía biliar, cáncer de páncreas e inflamación del páncreas (pancreatitis).

SINTOMAS DE LA COLESTASIS

Los síntomas característicos de la colestasis son ictericia, orina oscura, deposiciones de color claro y picor generalizado. La ictericia es un color amarillo de la piel y los ojos que se debe al exceso de bilirrubina depositada en la piel, y la orina oscura se debe al exceso de bilirrubina excretada por los riñones. Los picores cutáneos ocurren, posiblemente, porque los productos biliares se acumulan en la piel. El rascado puede llegar a lesionar la piel. Las heces son de color claro debido a que se bloquea el paso de la bilirrubina hasta el intestino, evitando que esta sea excretada del cuerpo con las deposiciones. Las heces pueden contener demasiada grasa (una afección llamada esteatorrea) porque la bilis no puede entrar en el intestino para ayudar a digerir la grasa de los alimentos. Las heces grasas tienen olor fétido. La carencia de bilis en el intestino también implica que se absorba poco calcio y vitamina D. Si la colestasis persiste, la falta de estos nutrientes ocasiona pérdida de tejido óseo. Además, la absorción de vitamina K por el intestino, necesaria para la coagulación de la sangre, es insuficiente lo que ocasiona una tendencia a sangrar con facilidad. La ictericia prolongada debida a colestasis ocasiona en la piel una coloración terrosa y la presencia de acúmulos de grasa. El que el paciente presente otros síntomas, como dolor abdominal, pérdida de apetito, vómitos o fiebre, depende de la causa de la colestasis.

DIAGNOSTICO

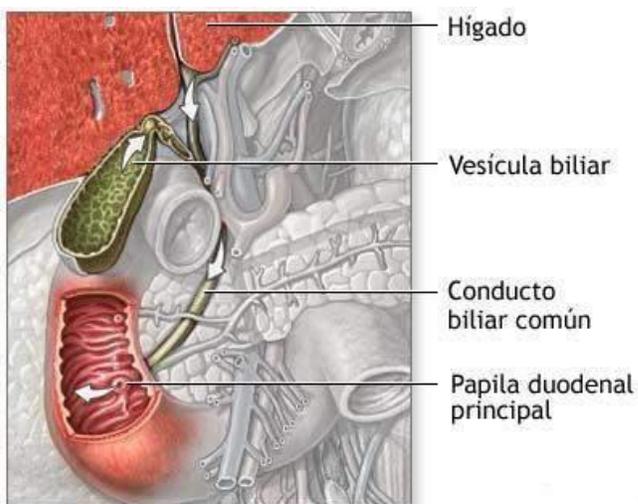
1. Análisis de sangre
2. Si los resultados de los análisis de sangre son anómalos, una prueba de diagnóstico por la imagen, generalmente una ecografía.
3. En ocasiones, una biopsia hepática.

El médico sospecha de colestasis cuando la persona presenta ictericia, en cuyo caso intenta determinar si la causa es intrahepática o extrahepática en función de los síntomas y de los resultados de la exploración. El uso reciente de fármacos que pueden producir colestasis sugiere una causa intrahepática. La presencia en la piel de pequeños vasos sanguíneos en forma de araña (denominados arañas vasculares), el aumento del tamaño del bazo y la acumulación de líquido dentro del abdomen (ascitis), que son signos de enfermedad hepática crónica, sugieren también una causa hepática. Algunos síntomas (como la pérdida de apetito, las náuseas y los vómitos) no indican si la causa está dentro o fuera del hígado.

TRATAMIENTO MEDICO

- Para obstrucciones de la vía biliar, cirugía o endoscopia.
- Para obstrucciones en el interior del hígado, diversos tratamientos, según cuál sea la causa.
- Para el prurito (picor), colestiramina.

La obstrucción de las vías biliares suele tratarse de forma quirúrgica o mediante endoscopia (utilizando un tubo flexible provisto de una cámara y con instrumentos quirúrgicos). La obstrucción en el interior del hígado puede tratarse mediante procedimientos diversos, según cuál sea la causa. Si se sospecha que la causa es un fármaco, el médico interrumpe su administración. Si la causa es una hepatitis aguda, la colestasis y la ictericia suelen desaparecer cuando la hepatitis ha completado su evolución. Es necesario advertir a la persona afectada por colestasis que debe evitar o interrumpir el uso de cualquier sustancia tóxica para el hígado, como el alcohol y ciertos medicamentos. Para aliviar el picor, se administra colestiramina por vía oral. Este fármaco se une a ciertos productos biliares en el intestino, de modo que impide su reabsorción y evita así que irriten la piel. La administración de vitamina K mejora la coagulación de la sangre, a menos que exista una lesión hepática grave. Si la colestasis persiste, también se administran con frecuencia suplementos de calcio y vitamina D, aunque no son muy eficaces para evitar la pérdida de tejido óseo.



DIETA PARA PACIENTE CON COLESTASIS

Recomendaciones: Consumir grasas vegetales que las animales, eliminar alimentos flatulentos, cambiar el tipo de aceite que utilice por aceite de oliva, utilizar la sal con moderación, tener sus 5 comidas diarias y no saltarse ninguna comida, consumir 2.5 litros de agua al día, utilizar cocciones como vapor, al horno, plancha, parrilla o brasa, evitar cocinar con demasiada grasa.

Desayuno: Huevos revueltos con verduras

Huevo revuelto: 60 gr (2 piezas)

Chayote cocido picado: 80 gr (1/2 taza)

Ejotes cocidos picados: 63 gramos (1/2 taza)

Tortillas: 3 piezas (90 gr)

Cocinar con aceite de oliva

Sal a gusto

Un vaso de agua de avena: 600 ml, azúcar a su gusto.

Colación 1: yogur con frutas

Yogur bajo en grasa: 75 gr (1/3 taza)

Mango picado: 1 taza (165 gr)

Pera pica: 1 taza (150 gr)

Un puñito de semilla de granola.

Almuerzo: Muslo de pollo al vapor con espárragos a la plancha y una ensalada.

Muslo de pollo sin piel: ½ pieza (60 gr)

Espárragos: 90 gr(6 piezas)

Manzana: 1 pieza (138 gr)

Brócoli: ½ taza (92 gr)

Aguacate: ½ rebanada

Tomate: 4 rodajas.

Agua de pinol: 600 ml azúcar al gusto.

Colación 2: Coctel de frutas.

Cena: Hot cakes de avena.

TIPOS DE ALIMENTACION

Hay muchos tipos de personas. En el mundo somos más de 7.000 millones de habitantes, por lo que las clasificaciones y tipologías pueden ser infinitas. Pero si nos fijamos en la alimentación, no son tantas las maneras de comer que existen, aunque en los últimos años y por diversas modas, el círculo se ha ensanchado un poco más. En la actualidad, se puede hablar de unas cinco categorías principales a la hora de comer, con sus correspondientes variantes, con alimentos que se incluyen y excluyen de la dieta a gusto de cada cual.

1. **Omnívoros:** Las personas que forman parte de este grupo son aquellos que consumen tanto alimentos de origen animal como de origen vegetal. La mayoría de las civilizaciones del mundo son omnívoras y es la dieta más fácil de mantener, ya que no existen limitaciones estrictas de ningún tipo.
2. **Vegetarianos:** Lo que más les caracteriza es la abstención a la hora de comer productos de origen animal y sus derivados, como el huevo, la leche, la gelatina o la miel. Por otro lado, la dieta vegetariana no se reduce únicamente a la nutrición, ya que es probable que también se adopte una actitud y un estilo de vida que rechaza otras formas de utilización de los animales para producir bienes de consumo o para la diversión humana. Igualmente, se puede tender a una alimentación apoyada en principios ecologistas y naturistas.
3. **Veganos:** Los veganos merecen una mención aparte. Ellos son los llamados 'vegetarianos estrictos o puros'. Una dieta que ha ganado muchos adeptos en los últimos años, principalmente tras saberse que muchos famosos practican este tipo de alimentación defendiendo que es mucho más sana que otras opciones.
4. **Crudismo:** Lo practican aquellas personas que consumen los alimentos sin cocinar, no procesados y orgánicos en un porcentaje bastante alto (60-100%) de su dieta. Dependiendo del tipo de estilo de vida y resultados deseados, las dietas crudistas pueden incluir una selección de frutas crudas, frutos secos, semillas (incluyendo germinadas), huevos, pescado (incluyendo al ceviche y al sashimi), huevas de pescado como el célebre caviar, carne (incluyendo al carpaccio o a ciertas albóndigas de carne molida muy condimentadas y maceradas llamadas keppe o kebbe) y productos lácteos no pasteurizados o no homogeneizados (como leche fresca, queso fresco y yogurt fresco). La mayoría de los crudívoros sostienen que cuanto más crudista sea una dieta, más beneficiosa es para la salud.

5. Alimentación Microbiota: Lo practican aquellas personas que solo consumen alimentos cocinados. Los alimentos crudos, según los adeptos a la alimentación macrobiótica, no se digieren con tanta facilidad por nuestro organismo. Lo ideal para ellos es cocinar todo para eliminar contaminantes, residuos y potenciar los nutrientes.



DISFAGIA

La disfagia es la dificultad para tragar, es decir, que tu cuerpo necesita más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos o líquidos de la boca al estómago. La disfagia puede ser dolorosa. En algunos casos, la deglución es imposible. La dificultad ocasional para tragar, como cuando comes demasiado rápido o no masticas lo suficiente tu comida, no suele ser motivo de preocupación. Sin embargo, la disfagia persistente puede ser una enfermedad grave que requiere tratamiento. La disfagia puede manifestarse a cualquier edad, pero es más común en adultos mayores. Las causas de los problemas de deglución varían y el tratamiento depende de la causa.

SINTOMA

Entre los signos y síntomas de la disfagia se pueden incluir los siguientes:

1. Dolor al tragar.
2. Imposibilidad de tragar.
3. La sensación de que la comida se atasca en la garganta o el pecho, o detrás del esternón.
4. Babeo.
5. Ronquera.
6. Regreso de la comida (regurgitación).
7. Acidez estomacal frecuente.
8. Alimentos o ácido estomacal que vuelve a la garganta.
9. Pérdida de peso.
10. Tos o arcadas al tragar.

CAUSAS

La deglución es compleja y en ella participan varios músculos y nervios. Cualquier afección que debilite o dañe los músculos y los nervios que se usan para tragar o que cause un estrechamiento de la parte posterior de la garganta o del esófago puede causar disfagia.

FACTORES DE RIESGO

Los siguientes son factores de riesgo de disfagia:

1. 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.
2. 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.

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO PARA LA DISFAGIA?

Aunque no existe una cura actual para la acasia, existen medidas para aliviar los síntomas. La clave para un tratamiento exitoso es hacer que sea más fácil para el paciente tragar cuando come o bebe. Algunos medicamentos están diseñados para relajar los músculos esofágicos, facilitando la deglución, sin embargo, los efectos son sólo temporales. Otras opciones de tratamiento son:

- Inyecciones de Botox: inyectadas en el anillo del músculo que permite que el alimento entre en el estómago a medida que el Botox hace que se relaje.
- Cirugía: a través de la cirugía de ojo de cerradura (laparoscopia), el anillo del músculo se corta y puede hacer que sea más fácil de tragar.
- Dilatación del músculo: se pasa un globo por el esófago para ayudar a estirar el anillo del músculo que permite que el alimento entre en el estómago, lo que hace que tragar sea más fácil y menos doloroso.

DIETA PARA PACIENTE CON DISFAGIA

Recomendaciones: Hacer de 3 a 5 comidas al día, evitar alimentos pegajosos que sea difícil de ingerir, consumir 2 litros de agua al día para evitar una deshidratación, que los alimentos que usted consuma tengan una buena textura para que le sea fácil de consumir, evitar grumos y espinas, evitar refrescos embotellados.

Desayuno: Pan blanco tostado triturado en leche sola/(triturado homogéneo)Fruta en rebanadas para poder consumirlo.

Colación 1: Puré de frutas con galletas "María" (triturado homogéneo)

Almuerzo: Triturado de arroz y calabaza- Triturado de pechuga de pollo con guisantes

Colación 2. Triturado de frutas con un poco de yogur

Cena. Triturado de sopa de fideos con pan- Triturado de huevo con espinacas y patata

PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

El sistema inmunológico de estos pacientes no es capaz de responder adecuadamente ante los virus y bacterias. La disfunción inmunitaria ocasiona una mayor posibilidad de padecer infecciones, neoplasias malignas y la aparición de enfermedades autoinmunes. Por ello, ante pandemias epidemias o contingencias similares, el paciente inmunodeprimido es un paciente de riesgo.

¿COMO TRATAR A UN PACIENTE INMUNODEPRIMIDOS?

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.

DIETA PARA PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS

Recomendaciones: Evitar los embutidos, carnes ahumadas, evitar las verduras o hortalizas que no se puedan lavar o pelar, cereales o frutos secos, agua no potable, no recalentar la comida, utilizar tóper adecuados para guarda los alimentos, mantener en buena cocción los alimentos.

Desayuno: Sopa de verduras

Agua de avena: 600 ml

Colación 1: 1 manzana

Almuerzo: Pechuga de pollo a la plancha con verduras.

Colación 2: Coctel de frutas con semilla de granola.

Cena: Cereal de avena con fruta.

VIH/ SIDA

VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) es un virus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Si el VIH no se trata puede causar SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). No hay en la actualidad una cura eficaz. Una vez que se contrae el VIH, se lo tiene de por vida. Sin embargo, con la atención médica adecuada, se puede controlar. Las personas con infección por el VIH que reciben el tratamiento eficaz pueden tener una vida larga y saludable, y proteger a sus parejas.

¿COMO SE TRANSMITE EL VIH?

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.

¿CUALES SON LOS SINTOMAS DEL VIH/SIDA?

- 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.

PREVENCION

Se puede reducir el riesgo de infección por el VIH limitando la exposición a los factores de riesgo. Estos los principales métodos para prevenir el contagio, que se suelen usar conjuntamente:

- preservativos masculinos y femeninos
- pruebas de detección y asesoramiento sobre el VIH y las ITS
- circuncisión quirúrgica masculina voluntaria

DIETA PARA PACIENTES CON VIH/SIDA

Recomendaciones: Consumir alimentos que le proporcione vitamina A ya que es importante para mantener sano el revestimiento de la piel, pulmones e intestino, Buenas fuentes de vitamina A son las hortalizas y las frutas verde oscuras, amarillas, naranjas y rojas. Consumir la vitamina C ayuda a proteger el organismo de las infecciones y contribuye a la recuperación. Se encuentra sobre todo en los cítricos como naranjas, toronjas, limones y mandarinas. Las guayabas, los mangos, los tomates y las patatas son también una buena fuente de vitamina C.

Desayuno: Omelette con espinaca

Agua de naranja 600 ml.

Colación 1. Coctel de fruta con yogur

Almuerzo: Muslo de pollo acompañado con arroz blanco, verduras al vapor.

Agua de avena 600 ml.

Colación 2: Batido de plátano con fresa.

Cena: Hot cakes de avena.

TRANSPLANTE RENAL

Un trasplante de riñón es un procedimiento quirúrgico que consiste en colocar un riñón sano de un donante vivo o fallecido en una persona cuyos riñones ya no funcionan correctamente. Los riñones son dos órganos en forma de frijol que se encuentran a cada lado de la columna vertebral, justo debajo de la caja torácica. Cada uno de ellos tiene aproximadamente el tamaño de un puño. Su función principal es filtrar y eliminar desechos, minerales y líquido de la sangre mediante la producción de orina. Cuando los riñones pierden esta capacidad de filtración, se acumulan niveles nocivos de líquido y desechos en el cuerpo, lo cual puede elevar la presión arterial y provocar insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa terminal). La enfermedad renal en etapa terminal ocurre cuando los riñones han perdido aproximadamente el 90 % de su capacidad para funcionar normalmente. La enfermedad renal en etapa terminal ocurre cuando los riñones han perdido aproximadamente el 90 % de su capacidad para funcionar normalmente. Entre las causas comunes de la enfermedad renal en etapa terminal se incluyen las siguientes:

- Diabetes.
- Presión arterial alta crónica no controlada.
- Glomerulonefritis crónica: inflamación y posterior formación de cicatrices en los pequeños filtros que se encuentran dentro de los riñones.
- Enfermedad renal poliquística.

Las personas con enfermedad renal en etapa terminal deben eliminar los desechos del torrente sanguíneo a través de una máquina (diálisis) o un trasplante de riñón para mantenerse con vida.

¿POR QUE SE REALIZA?

En comparación con la diálisis de por vida, el trasplante de riñón es, usualmente, el tratamiento elegido para la insuficiencia renal. Un trasplante de riñón puede ser el tratamiento indicado para la enfermedad renal crónica o la enfermedad renal terminal a fin de ayudarte a que te sientas mejor y vivas más tiempo. En comparación con la diálisis, el trasplante de riñón se asocia con lo siguiente:

- Mejor calidad de vida.
- Menor riesgo de muerte.
- Menos restricciones en la dieta.
- Menor costo del tratamiento.

Algunas personas también pueden beneficiarse de recibir un trasplante de riñón antes de necesitar diálisis; este procedimiento se conoce como trasplante preventivo de riñón. Pero para algunas personas con insuficiencia renal, un trasplante de riñón puede ser más riesgoso que la diálisis. Los factores que pueden impedir que seas elegible para recibir un trasplante de riñón comprenden:

- Edad avanzada.
- Enfermedad cardíaca grave.
- Cáncer activo o con tratamiento reciente.
- Demencia o enfermedad mental mal controlada.

- Abuso de alcohol y sustancias.
- Cualquier otro factor que pueda afectar tu capacidad de someterte al procedimiento de manera segura y tomar los medicamentos que se necesitan para evitar el rechazo del órgano después del trasplante.

Solo se necesita un riñón donado para reemplazar dos riñones que funcionan mal, por lo que el trasplante de riñón de donante vivo es una opción. Comienza tu evaluación del donante. Si no hay un donante vivo compatible, tu nombre puede incluirse en una lista de espera de trasplante de riñón para recibir un riñón de un donante fallecido. El tiempo que tienes que esperar para recibir un órgano de un donante fallecido depende del nivel de compatibilidad entre el donante y tú, el tiempo que has hecho diálisis y que has estado en la lista de espera para trasplantes, y la supervivencia que se espera después del trasplante. Algunas personas encuentran un órgano compatible a los pocos meses, y otras pueden esperar varios años.

RIESGOS

El trasplante de riñón puede tratar la enfermedad renal avanzada y la insuficiencia renal, pero la cirugía no es una cura. Algunas formas de enfermedad renal pueden volver después de un trasplante. Los riesgos de salud asociados con un trasplante de riñón comprenden los asociados directamente con la cirugía y el rechazo del órgano del donante. Los riesgos también incluyen los efectos secundarios de tomar los medicamentos antirrechazo (inmunosupresores) necesarios para evitar que el cuerpo rechace el riñón donado. Decidir si un trasplante de riñón es lo correcto para ti es una decisión personal que merece reflexión y consideración cautelosas tanto de los riesgos graves como de los beneficios. Habla sobre tu decisión con familiares, amigos u otros consejeros de confianza.

COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO

La cirugía de trasplante de riñón acarrea el riesgo de complicaciones serias, entre ellas:

- Coágulos de sangre y sangrado
- Pérdidas o bloqueo del tubo que une el riñón con la vejiga (uréter)
- Infección
- Insuficiencia o rechazo del riñón donado
- Una infección o cáncer transmitidos con el riñón donado
- Muerte, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Encontrar un donante compatible: Un donante de riñón puede ser un donante vivo o fallecido, emparentado o no emparentado contigo. Tu equipo de trasplante considerará distintos factores al determinar si el donante de riñón será compatible contigo. Las pruebas para determinar si un riñón donado podría ser adecuado para ti comprenden:

- Determinación del grupo sanguíneo. Es preferible recibir un riñón de un donante cuyo tipo de sangre coincida con el tuyo o sea compatible. Los trasplantes entre un donante y un receptor de grupos sanguíneos incompatibles también son posibles, pero requieren tratamiento médico adicional antes y después del trasplante para reducir el riesgo de rechazo de órganos. Se los conoce como trasplantes de riñón con incompatibilidad ABO.

- Determinación del tipo de tejido. Si tu grupo sanguíneo es compatible, el siguiente paso es una prueba denominada tipificación de antígenos leucocitarios humanos para determinar el tipo de tejido. Esta prueba compara marcadores genéticos que aumentan la probabilidad de que el riñón trasplantado dure un largo tiempo. Si el donante es compatible significa que tienes menos probabilidades de que tu cuerpo rechace el órgano.
- Prueba cruzada. La tercera y última prueba de compatibilidad implica mezclar una pequeña muestra de tu sangre con la sangre del donante en el laboratorio. Esta prueba determina si los anticuerpos en tu sangre reaccionarán contra antígenos específicos en la sangre del donante. Una prueba cruzada negativa significa que son compatibles y que no hay tantas probabilidades de que tu cuerpo rechace el riñón del donante. Los trasplantes de riñón con pruebas cruzadas positivas también son posibles, pero requieren tratamiento médico adicional antes y después del trasplante para reducir el riesgo de que tus anticuerpos reaccionen contra el órgano del donante.

MANTENTE SALUDABLE

Si estás esperando un riñón donado o si tu cirugía para el trasplante ya está programada, esfuérate por mantenerte sano. Si estás sano y lo más activo posible, es más probable que estés preparado para la cirugía para el trasplante cuando llegue el momento. Esto también puede ayudar a acelerar tu recuperación de la cirugía. Esfuérate y haz lo siguiente:

- Toma los medicamentos según las indicaciones.
- Sigue las pautas de dieta y ejercicio.
- No fumes. Si necesitas ayuda para dejar de fumar, habla con tu médico.
- Asiste a todas las citas con tu equipo de atención médica.
- Participa en actividades saludables, como relajarte y pasar tiempo con tus familiares y amigos.

DIETA Y NUTRICION

Luego de trasplante de riñón, quizás tengas que ajustar tu dieta para mantener tu nuevo riñón sano y funcionando bien. Tendrás menos restricciones en la dieta que si estuvieras haciendo terapia con diálisis antes de tu trasplante, pero tal vez todavía tengas que hacer algunos cambios en tu dieta. Algunos de tus medicamentos quizás aumenten tu apetito, y hagan que sea más fácil subir de peso. Pero alcanzar y mantener un peso saludable con dieta y ejercicio es tan importante para los receptores de un trasplante como para todos los demás a fin de reducir el riesgo de enfermedades cardíacas, presión arterial alta, y diabetes.

- Comer una por lo menos cinco porciones de frutas y verduras por día.
- Evitar el pomelo (toronja) y su jugo por su efecto en un grupo de medicamentos inmunodepresores (inhibidores de calcineurina).
- Incluir suficiente fibra en tu dieta diaria.
- Tomar leche baja en grasa o comer otros productos lácteos con poca grasa, que es importante para mantener niveles óptimos de calcio y fósforo.
- Comer carnes, aves y pescado magros.

DIETA PARA PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

Desayuno: Alimentos de origen vegetal, como frutas y verduras, legumbres y cereales integrales.

- Alimentos ricos en proteínas como carnes magras, pescado blanco y azul, así como lácteos, huevos y derivados de soja.
- Por último, los alimentos grasos saludables, como el aceite de oliva virgen extra, los frutos secos o el aguacate, también deben estar presentes.
- La bebida de elección siempre será el agua, y su aporte variará en función del estado del trasplante recibido.

	DESAYUNO	ALMUERZO	CENA
LUNES	Porridge con leche, avena, manzana y canela.	Arroz integral con merluza y zanahorias baby. Fruta.	Tortilla francesa con espinacas y queso. Pan integral. Fruta.
MARTES	Yogur con fruta y copos de maíz sin azúcar.	Puré de patata y ternera. Ensalada variada con fruta.	Montadito de pan integral con calamares a la plancha. Parrillada de verduras. Fruta.
MIÉRCOLES	Tostadas de pan integral con aguacate, tomate y salmón ahumado. Fruta.	Caldo de verduras con garbanzos y gambas. Fruta.	Pollo a la plancha con especias. Escalivada de verduras y boniato al horno.
JUEVES	Porridge con leche, avena, manzana y canela.	Ensalada de hélices de lenteja roja con atún y huevo cocido. Fruta	Salteado de verduras con soja texturizada. Pan integral. Fruta.
VIERNES	Yogur con fruta y copos de maíz sin azúcar.	Tallarines integrales con pisto de verduras y pavo.	Tartar de salmón, tomate y aguacate. Pan integral con hummus.
SÁBADO	Tostadas de pan integral con aguacate, tomate y salmón ahumado. Fruta.	Judías blancas con brandada de calabaza. Huevo a la plancha. Fruta.	Fajitas integrales con verduras, pollo y queso mozzarella. Fruta.
DOMINGO	Tortitas de avena (40 g) + huevo (1 unidad) + plátano + cacao puro.	Puré de lentejas y verduras. Filetes de pavo adobado a la plancha. Fruta.	Emperador a la plancha con limón. Ensalada de batata. Fruta

TRASPLANTE DE HIGADO

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 QUE 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. Es posible que la insuficiencia hepática crónica sea causada por diversas afecciones. La causa más común de insuficiencia hepática crónica es la cicatrización del hígado (cirrosis). Cuando se produce la cirrosis, el tejido cicatricial sustituye al tejido hepático normal y hace que el hígado no funcione correctamente. La cirrosis es el motivo más frecuentemente de un trasplante de hígado. Algunas de las causas principales de la cirrosis que llevan a una insuficiencia hepática y un trasplante de hígado son las siguientes:

- Hepatitis B y C.
- Enfermedad hepática alcohólica, que causa daño en el hígado debido al consumo excesivo de alcohol.

- Enfermedad del hígado graso no alcohólico, una afección en la que se acumula grasa en el hígado y esto causa inflamación o daño celular.
- Enfermedades genéticas que afectan al hígado. Por ejemplo, la hemocromatosis, que causa una acumulación excesiva de hierro en el hígado, y la enfermedad de Wilson, que causa una acumulación excesiva de cobre en el hígado.
- Enfermedades que afectan a los tubos que transportan la bilis desde el hígado (conductos biliares). Por ejemplo, la cirrosis biliar primaria, la colangitis esclerosante primaria y la atresia biliar. La atresia biliar es el motivo más frecuente del trasplante de hígado en niños.

RIESGOS

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.

RESULTADOS

Las probabilidades de un trasplante de hígado exitoso y la supervivencia a largo plazo dependen de tu situación particular. En general, alrededor del 75 % de las personas que se someten a un trasplante de hígado viven por lo menos cinco años más. Esto significa que de cada 100 personas que reciben un trasplante de hígado por cualquier motivo, cerca de 75 vivirán cinco años y 25 morirán en el transcurso de los cinco años. Las personas que reciben un hígado de un donante vivo a menudo tienen mejores índices de supervivencia a corto plazo que las que reciben un hígado de un donante fallecido. Pero la comparación de los resultados a largo plazo es difícil pues quienes cuentan con un donante vivo por lo general tienen una espera más corta para el trasplante y no están tan enfermos como quienes reciben el hígado de un donante fallecido.

DIETA Y NUTRICION

Después del trasplante de hígado, es especialmente importante llevar una dieta bien equilibrada para recuperarte y mantener el hígado sano. Para evitar dañar el nuevo hígado, es importante evitar el alcohol. No consumas bebidas alcohólicas ni uses alcohol para cocinar.

- 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.

DIETA PARA PACIENTE CON TRASPLANTE DE HIGADO

Desayuno: Sopa de lentejas con verduras.

Colación: yogur con frutas.

Almuerzo. Lasaña de verdura (Opcional)

Colación: Batido de fresa

Cena: ensalada cesar.

TRASPLANTE DE CORAZON

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. 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. Sin embargo, no todas las personas pueden tener un trasplante de corazón. Es posible que no seas un buen candidato para recibir un trasplante de corazón si:
 - Eres una persona de edad avanzada, lo cual podría dificultar el proceso de recuperación tras la cirugía para el trasplante.
 - Tienes otra enfermedad que podría acortar tu vida, independientemente de si recibes un trasplante de corazón, como una enfermedad renal, hepática o pulmonar graves.
 - Tienes una infección.
 - Tienes antecedentes médicos personales y recientes de cáncer.
 - No quieres o no puedes hacer los cambios en tu estilo de vida que son necesarios para mantener sano el corazón donado, como no consumir drogas ilícitas, no fumar y limitar el consumo de alcohol.

RIESGOS

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. Para ayudar a prevenir el rechazo, es esencial que siempre tomes tus medicamentos como te los recetaron y que asistas a todas las citas con tu médico. El rechazo a menudo ocurre sin síntomas. Para determinar si tu cuerpo está rechazando el nuevo corazón, te harán biopsias frecuentes del corazón durante el primer año después del trasplante. Después de eso, no necesitarás biopsias con tanta frecuencia. 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. La cirugía de trasplante de corazón es un procedimiento a corazón abierto que dura varias horas. Si te has sometido a otras cirugías cardíacas, este procedimiento resultará más complicado y durará más tiempo. Te administrarán medicamentos que te harán dormir (anestesia general) antes del procedimiento. Los cirujanos te conectarán a un sistema de circulación extracorporeal para hacer que la sangre rica en oxígeno siga circulando por todo el cuerpo. El cirujano te hará una incisión en el pecho. Después de eso, separará el esternón y abrirá la caja torácica para poder realizar el trasplante. Luego, retirará el corazón enfermo y coserá el corazón del donante en su lugar. Posteriormente, conectará los vasos sanguíneos principales al corazón trasplantado. Muchas veces, el corazón nuevo comienza a latir cuando se restablece el flujo sanguíneo. Otras veces, es necesaria una descarga eléctrica para hacer que el corazón trasplantado comience a latir con normalidad. Te administrarán medicamentos para ayudar a controlar el dolor después de la cirugía. También tendrás un respirador que te ayudará a respirar y tubos en el pecho para drenar el líquido que se encuentra alrededor de los pulmones y del corazón. Después de la cirugía, te administrarán líquidos y medicamentos a través de tubos intravenosos.

RESULTADOS

La mayoría de las personas que reciben un trasplante de corazón disfrutan de una buena calidad de vida. Según tu afección, es posible que puedas volver a realizar muchas de tus actividades cotidianas, como trabajar, dedicarte a tus pasatiempos, practicar deportes y hacer ejercicio. Habla con el médico sobre las actividades que son adecuadas para ti.

DIETA Y NUTRICION

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 pondrías:
- 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.

DIETA PARA PACIENTE CON TRASPLANTE DE CORAZON

Desayuno: Pan tostado con mantequilla de maní con arándanos secos.

Sopa de calabaza

1 vaso de agua de avena.

Colación: coctel de frutas

Almuerzo: Pechuga de pollo a la plancha con verduras al vapor, una crema de calabaza.

Tortillas de maíz 3 piezas (90 gr).

Colación. Empanadas de piña

Cena: Un sándwiches de pollo con aguacate.

LINFOMA DE HODGKIN

El cáncer se origina cuando las células comienzan a crecer sin control. Casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y luego propagarse a otras partes del cuerpo. Si desea más información sobre el origen y la propagación de los cánceres. Los linfomas son cánceres que comienzan en los glóbulos blancos llamados linfocitos. Existen dos tipos principales de linfoma:

1. Linfoma de Hodgkin (HL).
2. Linfoma no Hodgkin (NHL).

El linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin provienen de dos tipos distintos de células. Los dos tipos de linfoma se comportan, se propagan y responden al tratamiento de manera diferente. Por lo que es importante saber qué tipo usted tiene.

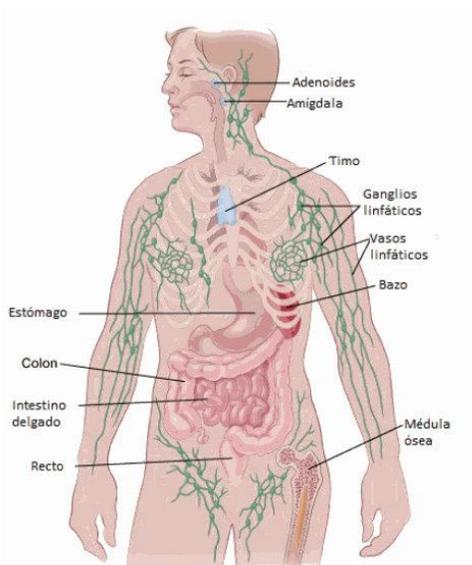
SISTEMA LINFÁTICO

El sistema linfático está compuesto principalmente por células llamadas linfocitos, un tipo de glóbulo blanco. Hay 2 tipos principales linfocitos:

1. Linfocitos B (células B): las células B producen proteínas llamadas anticuerpos para ayudar a proteger el cuerpo contra los gérmenes (bacterias y virus).
2. Linfocitos T (células T): existen muchos tipos de células T. Algunas células T destruyen gérmenes o células anormales en el cuerpo. Otras células T estimulan o desaceleran la actividad de otras células del sistema inmunitario.

COMIENZO Y PROPAGACION DEL LINFOMA DE HODGKIN

El tejido linfático se encuentra en muchas partes del cuerpo, de modo que el linfoma de Hodgkin puede originarse en casi todas las partes del cuerpo.



Las principales localizaciones de tejido linfático son:

- Ganglios linfáticos: los ganglios linfáticos son grupos de linfocitos y de otras células del sistema inmunitario que tienen la forma de un frijol. Estos se encuentran por todo el cuerpo, incluyendo dentro del tórax, el abdomen (vientre) y la pelvis. Los ganglios linfáticos están conectados entre sí por un sistema de vasos linfáticos.
- Vasos linfáticos: una red de tubos diminutos (muy parecidos a los vasos sanguíneos) que se conectan a los ganglios linfáticos y transportan células inmunes en un líquido claro llamado linfa. La linfa se obtiene de todo el cuerpo y pasa al torrente sanguíneo.
- Bazo: el bazo es un órgano que se encuentra debajo de las costillas inferiores en su costado izquierdo. El bazo forma parte del sistema inmunitario, y produce linfocitos y otras células de este sistema. También almacena células sanas de la sangre y sirve como un filtro para eliminar células dañadas de la sangre, bacterias y desechos celulares.
- Médula ósea: la médula ósea es el tejido esponjoso y líquido que se encuentra dentro de ciertos huesos. Las nuevas células sanguíneas (incluyendo algunos linfocitos) se producen en la médula ósea.
- Timo: el timo es un órgano pequeño que se encuentra detrás de la parte superior del esternón y frente al corazón. Este órgano es importante para el desarrollo de linfocitos T.
- Adenoides y amígdalas: éstas son conglomerados de tejido linfático en la parte posterior de su garganta. Ambas ayudan a producir anticuerpos contra los gérmenes que son inhalados o tragados.
- Tracto digestivo: el estómago, los intestinos, así como muchos otros órganos, también contienen tejido linfático.

Aunque el linfoma de Hodgkin puede comenzar en cualquier lugar, se origina con más frecuencia en los ganglios linfáticos de la parte superior del cuerpo. Las localizaciones más frecuentes son el tórax, el cuello o debajo de los brazos. Con más frecuencia, el linfoma de Hodgkin se propaga por los vasos linfáticos de ganglio a ganglio. Pocas veces, durante la etapa avanzada de la enfermedad, puede invadir el torrente sanguíneo y propagarse a otras partes del cuerpo, como el hígado, los pulmones y/o la médula ósea.

LINFOMA DE NO HODGKIN

El linfoma no Hodgkin (también conocido simplemente como linfoma o NHL, por sus siglas en inglés) es un cáncer que comienza en los glóbulos blancos llamados linfocitos que forman parte del sistema inmunitario del cuerpo.

- Linfoma no Hodgkin es un término que se utiliza para muchos tipos de linfoma que todos comparten las mismas características. Hay otro tipo principal de linfoma, denominado linfoma de Hodgkin, que es tratado de manera diferente. Consulte Linfoma de Hodgkin.
- El NHL afecta con más frecuencia a los adultos, aunque los niños también pueden padecerlo.
- Por lo general, el NHL comienza en los ganglios linfáticos u otro tejido linfático, pero a veces puede afectar a la piel.

El linfoma no hodgkiniano es un tipo de cáncer que comienza en el sistema linfático, que es parte del sistema inmunitario del cuerpo que lucha contra los gérmenes. En el linfoma no hodgkiniano, los glóbulos blancos denominados linfocitos se desarrollan de manera anormal y pueden formar bultos (tumores) en todo el cuerpo. Linfoma no hodgkiniano es una categoría general de linfoma. Hay muchos subtipos que entran en esta categoría. El linfoma difuso de células B grandes y el linfoma folicular se encuentran dentro de los subtipos más comunes. La otra categoría general de linfoma es el linfoma de Hodgkin. Los avances en el diagnóstico y el tratamiento del linfoma no hodgkiniano han contribuido a mejorar el pronóstico de las personas que tienen esta enfermedad.

SINTOMAS

Los signos y síntomas del linfoma no hodgkiniano pueden incluir lo siguiente:

1. Hinchazón de los ganglios linfáticos del cuello, de las axilas o de la ingle.
2. Hinchazón o dolor abdominal.
3. Dolor en el pecho, tos o dificultad para respirar.
4. Agotamiento persistente.
5. Fiebre.
6. Sudores nocturnos.
7. Pérdida de peso sin causa aparente.

CELULAS B Y T

- Los linfocitos B. Los linfocitos B son un tipo de linfocitos que combaten las infecciones al producir anticuerpos para neutralizar a los invasores extraños. La mayoría de los linfomas no Hodgkin se origina en los linfocitos B. Algunos de los subtipos de linfoma no Hodgkin que implican los linfocitos B son el linfoma difuso de linfocitos B grandes, el linfoma folicular, el linfoma de células del manto y el linfoma de Burkitt.
- Células T. Las células T son un tipo de linfocitos que intervienen en la eliminación directa de los invasores extraños. El linfoma no hodgkiniano es mucho menos frecuente en las células T. Algunos de los subtipos de linfoma no hodgkiniano que implican a las células T son el linfoma de linfocitos T periférico y el linfoma de linfocitos T cutáneo.

FACTORES DE RIESGO

La mayoría de las personas a las que se les diagnostica linfoma no hodgkiniano no tienen factores de riesgo evidentes. Sin embargo, muchas de las que sí tienen factores de riesgo nunca los manifiestan. Algunos de los factores que pueden incrementar el riesgo de padecer linfoma no hodgkiniano son los siguientes:

1. Medicamentos que inhiben el sistema inmunitario. Si tuviste un trasplante de órgano y tomas medicamentos que controlan tu sistema inmunitario, podrías tener un mayor riesgo de padecer linfoma no hodgkiniano.
2. Infecciones con ciertos virus y bacterias. Al parecer, ciertas infecciones virales y bacterianas incrementan el riesgo de padecer linfoma no hodgkiniano. Entre los virus que se relacionan con este tipo de cáncer se encuentra el VIH y la infección por Epstein-Barr. Una de las bacterias relacionadas con el linfoma no hodgkiniano es la *helicobácter pylori* que provoca úlceras.
3. Sustancias químicas. Ciertas sustancias químicas, como las que se utilizan para matar insectos y hierbas, pueden incrementar el riesgo de tener linfoma no hodgkiniano. Se necesitan más investigaciones para comprender la posible relación que existe entre los pesticidas y la formación del linfoma no hodgkiniano.
4. Edad avanzada. El linfoma no hodgkiniano puede aparecer a cualquier edad, pero el riesgo aumenta a medida que envejeces. Es más común en los adultos mayores de 60 años.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

1. La dieta debe adaptarse a la situación individual de cada paciente.
2. La cantidad de macro y micro nutrientes debe compensar las necesidades producidas por los trastornos metabólicos y la mala utilización de los nutrientes.
3. La dieta debe ser saludable y variada, con una relación de aporte de energía entre nutrientes que debe oscilar entre un 15-20% de proteínas de alto valor biológico y un 25-30% de lípidos (no más del 10% saturados).
4. Asegurar aporte de vitaminas, oligoelementos y minerales.
5. Aportar 40 mL de líquido por kg de peso/día; aumentar en caso de pérdidas por fiebre, diarrea, etcétera.
6. La dieta debe ser apetitosa y bien presentada.
7. Planificar horarios e ingesta, según astenia, anorexia, etc.
8. Controlar las ingestas y suplementar las comidas si precisa, para alcanzar los requerimientos, o bien proporcionar nutrición artificial.

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. El tratamiento para la leucemia puede ser complejo, según el tipo de leucemia y según otros factores. Pero existen estrategias y recursos que pueden ayudar a hacer que el tratamiento sea exitoso.

SINTOMAS

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 CLASIFICA LA LEUCEMIA

Los médicos clasifican la leucemia en función de la velocidad de evolución y de los tipos de células involucradas. 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 linfático 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.

FACTORES DE RIESGO

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Tabaquismo. Fumar cigarrillos aumenta el riesgo de padecer leucemia mielógena aguda.
5. Antecedentes familiares de leucemia. Si a algún miembro de tu familia se le ha diagnosticado leucemia, tu riesgo de padecer la enfermedad puede aumentar.

Sin embargo, la mayoría de las personas que presentan factores de riesgo conocidos no padecen leucemia. Y muchas personas con leucemia no presentan ninguno de estos factores.

DIETA PARA PACIENTES CON LEUCEMIA

Recomendaciones: Comer unas 3 a 5 veces al día, consumo moderado de las grasas, alimentos bien lavados como las frutas y verduras, beber de 3 a 6 vasos de agua al día, o ya sea 2. 5 litros de agua, consumir más carnes magras.

Desayuno: Sopa de verduras

Colación 1: Batido de mamey

Almuerzo: muslo de pollo con crema de calabaza

Agua de limón 600 ml.

Colación 2: Coctel de frutas con arándanos secos y ciruela.

Cena: Sincronizadas con aguacate y tomate dentro.

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.mayoclinic.org>
2. <https://www.msmanuals.com>
3. <https://medlineplus.gov>
4. <https://www.discapnet.es>
5. <https://www.cancer.org>
6. <https://www.cun.es>