



Mi Universidad

María Fernanda Montero Gómez

Méndez Guillén Daniela Monserrat

Nutrición en enfermedades gastrointestinales

4to Cuatrimestre

2do Parcial

Nutrición

Introducción

En esta unidad abarcaremos toda la resección intestinal a detalle y comprendemos igualmente las partes de este y enfermedades que se pueden llegar tener.

Sabemos que el intestino es un órgano largo con forma de tubo ubicado en el abdomen, en el que se completa el proceso de la digestión. El intestino tiene dos partes, el intestino delgado y el intestino grueso. También se llama tubo intestinal.

3. 1 Nutrición en la resección intestinal; colostomía, colectomía, ileostomía y fístula

La cirugía colorrectal es uno de los procedimientos quirúrgicos sobre el tracto digestivo que se realizan con mayor frecuencia. Pueden producirse complicaciones, como dehiscencia de suturas, abscesos intraabdominales y peritonitis. Por ello, es necesario asegurar un adecuado aporte de nutrientes, como parte del plan terapéutico global. La cirugía del colon y el recto puede ser parcial o total, afectando al colon, el colon y el recto y en algunos casos incluye la exéresis del ano. La amplitud de las resecciones depende tanto de la causa como de su localización y extensión.

Fisiopatología

El tracto gastrointestinal secreta cada día unos 7 litros de líquido, los cuales son reabsorbidos en su mayoría, quedando sólo unos 200 cc de agua en las heces. El colon juega un papel clave en el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Además, también participa en la absorción de nutrientes como son el agua, sodio y ácidos grasos de cadena corta, procedentes de la fermentación bacteriana de carbohidratos no digeribles. El colon recibe aproximadamente 1.500 ml/día de secreciones del tracto gastrointestinal.

Nutrición

pre-operatoria

Un pequeño número de pacientes que va a ser sometido a colectomía presenta desnutrición por anorexia, la inflamación, dietas restrictivas, conductas de evitación destinadas a no desencadenar síntomas digestivos, episodios de pseudoclusión intestinal y ayunos para realizar pruebas complementarias. Pero lo habitual es que lleguen a la cirugía con un buen estado nutricional.

Nutrición

oral

La dieta oral en el período postoperatorio inmediata depende de la extensión del segmento de colon resecado, de si existe continuidad con el resto del intestino o, por el contrario, de la localización de la ostomía. El objetivo es disminuir la diarrea, y por lo tanto, la pérdida de líquidos y electrolitos y aumentar la consistencia de las heces.

Dependiendo del tramo resecado, la dieta será diferente. Por ejemplo, en las sigmoidectomías, y hemicolectomía izquierda, no es necesario seguir una dieta especial. En general, cuanto más proximal sea la ostomía menor contenido en fibra aportará la dieta. La finalidad es ralentizar el tránsito intestinal. En caso de hemicolectomía derecha con anastomosis íleo-cólica, o colectomía total con anastomosis íleo anal suele ser necesaria una dieta pobre en residuos. En ocasiones es necesario utilizar soluciones de rehidratación oral, fármacos antiperistálticos y suplementos farmacológicos de fibra soluble.

- Administrar fármacos que frenen el peristaltismo.
- Añadir suplementos de fibra soluble antes de las comidas principales: goma guar hidrolizada, goma guar, plantago ovata, etc.
- Tomar 1 litro de agua de arroz.
- No tome verduras ni ensaladas, excepto pequeñas cantidades de zanahoria hervida.

Nutrición parenteral

En una revisión¹⁷ de hace ya algunos años, se estableció que no está indicado la utilización de nutrición parenteral a todos los pacientes que no están severamente desnutridos, ya que aumenta el riesgo de complicaciones. Sin embargo el aporte de macronutrientes era excesivo en relación con lo que se indica actualmente. En nuestro país, la Unidad de Soporte Nutricional del Hospital General Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona ha comunicado su experiencia tras la implementación de un protocolo de actuación nutricional para los pacientes afectos de cáncer de colon, demostrando que mejora la relación coste/eficacia de este tratamiento¹⁸. Han comparado la situación previa a la implantación del protocolo y al año y a los dos años.

Analizaron el estado nutricional al ingreso y al alta, el uso de NP, estancia hospitalaria, estancia preoperatoria, y presencia de complicaciones. La mayoría de pacientes estaban normonutridos al ingreso, pero durante el primer período los pacientes empeoraron su estado nutricional al alta de forma significativa. Tras la implantación del protocolo se produce un marcado descenso en el uso de NP, especialmente en pacientes normonutridos, desde el periodo PRE, desde el 80% al 11,3%. La EH global disminuyó de forma significativa. Se volvió a constatar que los pacientes normonutridos que llevan NP, presentan más complicaciones frente a los

que no la llevan. En el Hospital Universitario de Bellvitge¹⁹ se ha diseñado un protocolo de nutrición para la patología colorrectal susceptible de cirugía laparoscópica. Se basa en la preparación domiciliaria que permite la cirugía sin ingreso previo.

Nutrición

enteral

La NE en el periodo postoperatorio ofrece resultados controvertidos. En una revisión que contiene tres ensayos clínicos sobre pacientes con carcinoma gastrointestinal o carcinoma colorrectal, 5 a 10 días de nutrición enteral posquirúrgica no supusieron diferencias en morbimortalidad. Sin embargo, estudios individuales sí han demostrado beneficios, incluso después de una introducción precoz. Así, una nutrición por vía nasoyeyunal, iniciada en las 3-4 horas siguientes a la cirugía, frente a fluidoterapia durante 3 a 5 días tras resección gastrointestinal aumentaba el balance nitrogenado y disminuía el número de complicaciones. En un estudio en pacientes con resecciones colónicas, la administración de nutrición enteral con sonda nasoduodenal desde las 4 horas tras la cirugía logró una reducción de las complicaciones postoperatorias²¹. En otro estudio, la nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, iniciada el mismo día de la cirugía, supuso una tendencia a menos complicaciones y menor estancia media²². También se ha observado una tendencia beneficiosa, aunque sin significación estadística, en insulinoresistencia, estancia media e infecciones, tras la instauración de nutrición completa por vía nasoyeyunal el mismo día de la cirugía. En estudios recientes se ha demostrado una reducción de la estancia hospitalaria y de las complicaciones postoperatorias en pacientes de edad avanzada a los que se realizó una colectomía laparoscópica, y se ha atribuido la disminución de la estancia y la menor morbilidad a la aproximación laparoscópica. Sin embargo, también es posible que los mejores resultados se deban a la alimentación postoperatoria precoz. En otro estudio, a los pacientes con colectomía electiva abierta se les dio alimentación precoz. El protocolo consistía en líquidos en el día 2 del postoperatorio, dieta basal el día 3. Entre los 87 pacientes incluidos la intervención más frecuente era la hemicolectomía derecha.

Pouchitis

La pouchitis es la complicación más frecuente tras la proctocolectomía con anastomosis íleoanal, y con formación de reservorio. Se trata de una inflamación crónica idiopática que se produce hasta en el 60% de los pacientes tras esta anastomosis en la colitis ulcerosa y tiene unas características clínicas específicas²⁸. Esta técnica quirúrgica es la técnica de elección en la mayoría de los

pacientes con colitis ulcerosa que requieren colectomía por enfermedad refractaria al tratamiento médico o por complicaciones como la displasia. Sin embargo, raramente se produce en los pacientes con esta misma cirugía por poliposis familiar adenomatosa.

Los pacientes con IPAA típicamente tienen de 4-8 movimientos intestinales al día con heces semiformadas.

La mayoría de los pacientes con pouchitis aguda suelen responder bien a un ciclo de tratamiento con antibióticos. La patofisiología de la pouchitis no es del todo conocida³⁰. El hecho de que la pouchitis se produce casi exclusivamente en los pacientes con IPAA por colitis ulcerosa sugiere un factor genético. Además no se produce hasta que la ileostomía se cierra y el contenido ileal entra en contacto con la bolsa sugiere que los antígenos bacterianos son importantes para desarrollar el proceso inflamatorio.

1 y del TNF. El tabaco y la colitis fulminante como indicación de la proctocolectomía parecen ser factores protectores. El diagnóstico se establece mediante la endoscopia de la bolsa, en la que se aprecian los cambios inflamatorios con edema friabilidad, pérdida del patrón vascular, ulceraciones, y permite la valoración del íleon y del manguito rectal si es que existe. Son frecuente observar algunas úlceras a lo largo de la línea de grapas en la bolsa pero por si solas no indican la presencia de pouchitis. Se recomienda realizar la endoscopia con un gastroscopio debido a su menor tamaño y a su mayor flexibilidad.

Algunos pacientes pueden tener dificultades para vaciar la bolsa porque es demasiado grande o por daño a los nervios entéricos durante la construcción de la bolsa, o por disfunción del suelo pélvico, puede ser útil la gammagrafía para cuantificar el vaciamiento de la bolsa y también la manometría ano rectal para el diagnóstico de la disfunción del suelo pélvico, y para la evaluación del esfínter en caso de incontinencia fecal significativa. En cuanto al tratamiento, la mayoría de los pacientes responden al metronidazol o ciprofloxacina. Sin embargo, se han realizado pocos estudios randomizados y controlados. En un ensayo cruzado, metronidazol fue superior al placebo en cuanto a la mejoría de los síntomas, pero no se produjo mejoría histológica

3.2 Cáncer colorectal.

El cáncer de colon es un tipo de cáncer que comienza en el intestino grueso. El colon es la parte final del tubo digestivo. El cáncer de colon suele afectar a los adultos mayores, aunque puede ocurrir a cualquier edad.

Muchas personas con cáncer de colon no experimentan síntomas en las primeras etapas de la enfermedad.

Causas

Los médicos no saben exactamente qué provoca la mayoría de los cánceres de colon.

En general, el cáncer de colon comienza cuando las células sanas del colon desarrollan cambios en su ADN.

Los factores que pueden aumentar el riesgo de cáncer de colon incluyen los siguientes

- Edad avanzada. El cáncer de colon se puede diagnosticar a cualquier edad, pero la mayoría de las personas con cáncer de colon son mayores de 50 años. Las tasas de cáncer de colon en personas menores de 50 años han estado aumentando, pero los médicos no están seguros del motivo.
- Raza afroamericana. Los afroamericanos tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de colon que las personas de otras razas.
- Antecedentes personales de cáncer colorrectal o pólipos.

Exámenes de detección del cáncer de colon

Los médicos recomiendan que las personas con un riesgo promedio de padecer cáncer de colon consideren la posibilidad de hacerse una prueba de detección de cáncer de colon alrededor de los 50 años.

Cambios en el estilo de vida para reducir el riesgo de cáncer de colon

- Consume una variedad de frutas, vegetales y cereales integrales. Las frutas, los vegetales y los cereales integrales contienen vitaminas, minerales, fibra y antioxidantes, los cuales pueden tener influencia en la prevención del cáncer. Elige una variedad de frutas y de vegetales, de manera que incorpores diversas vitaminas y nutrientes.

Prevención del cáncer de colon para personas con riesgo elevado de padecer esta enfermedad

Se ha descubierto que algunos medicamentos reducen el riesgo de pólipos precancerosos o cáncer de colon.

3.3 Apendicitis

La apendicitis es una inflamación del apéndice, una bolsa en forma de dedo que se proyecta desde el colon en el lado inferior derecho del abdomen. La apendicitis provoca dolor en el abdomen bajo derecho. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.

Cuándo debes consultar con un médico

El dolor abdominal intenso requiere atención médica inmediata.

Complicaciones

- La perforación del apéndice. Esta enfermedad puede poner en riesgo la vida y es necesario hacer una cirugía de inmediato para extraer el apéndice y limpiar la cavidad abdominal. Si el apéndice se revienta, es posible que se cree una acumulación de infección. Una vez que se elimina la infección, se hace una cirugía para extraer el apéndice.

3.4 Diarreas

La diarrea es la evacuación intestinal de heces flojas y líquidas tres o más veces al día. También puede haber otros síntomas. Las causas de la diarrea incluyen infecciones, alergias e intolerancias a los alimentos, problemas del tubo digestivo y efectos secundarios de las medicinas. Los médicos pueden recetar medicinas para tratar algunas de las causas de la diarrea.

Si usted tiene diarrea, puede perder el apetito.

3.5 Colitis

La colitis ulcerosa es una enfermedad intestinal inflamatoria que provoca inflamación y úlceras en el tracto digestivo. La colitis ulcerosa afecta el revestimiento más profundo del intestino grueso y el recto.

La mayoría de las personas que padecen colitis ulcerosa tienen síntomas leves a moderados.

Tipos

- Proctitis ulcerosa. La inflamación se limita a la zona cercana al ano, y el sangrado rectal podría ser el único signo de la enfermedad.
- Proctosigmoiditis. La inflamación afecta al recto y al colon sigmoides.

Causas

Aún se desconoce la causa exacta de la colitis ulcerosa. En el pasado, se sospechaba de la alimentación y del estrés; sin embargo, los médicos actualmente saben que estos factores pueden agravar la colitis ulcerosa, pero no causan dicha enfermedad.

Factores de riesgo

- La edad. La colitis ulcerosa generalmente se presenta antes de los 30 años. Pero puede aparecer a cualquier edad, y algunas personas quizás no la desarrollen hasta después de los 60 años.

3.6 Fisuras

Una fisura anal es un pequeño desgarro en el tejido delgado y húmedo que recubre el ano. La fisura anal puede producirse cuando evacúas heces grandes y duras. Las fisuras anales suelen provocar dolores y sangrado durante la evacuación intestinal. Algunas personas con fisura anal podrían necesitar medicamentos o, en ocasiones, cirugía.

El esfuerzo durante la evacuación intestinal y la defecación de heces duras aumentan el riesgo de desgarros. Esta enfermedad intestinal inflamatoria causa inflamación crónica del tracto intestinal, lo que puede hacer que el revestimiento del canal anal sea más vulnerable al desgarro. • Sexo anal.

Las complicaciones de la fisura anal pueden incluir las siguientes

Una fisura anal que no se cura en ocho semanas se considera crónica y puede necesitar tratamiento adicional. Una vez que experimentaste una fisura anal, eres propenso a tener otra. Una fisura anal puede extenderse hacia el anillo muscular que mantiene el ano cerrado, lo cual dificulta la cicatrización de la fisura anal.

3.7 Divertículos

Cuando una o más de las bolsas se inflaman, y en algunos casos se infectan, esa afección se conoce como diverticulitis. La diverticulitis puede causar dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas y un cambio marcado en tus hábitos intestinales. La diverticulitis leve se puede tratar con reposo, cambios en la alimentación y antibióticos. La diverticulitis grave o recurrente puede requerir cirugía.

Entre los signos y síntomas de la diverticulitis se incluyen los siguientes

El dolor se suele sentir en la parte inferior izquierda del abdomen. Sin embargo, a veces, el dolor puede ser más intenso en la parte inferior derecha del abdomen, en especial en personas de ascendencia asiática.

Causas

La diverticulitis se produce cuando se desgarran los divertículos, lo que provoca inflamación y, en algunos casos, infección.

Complicaciones

- Un absceso, que se produce cuando se acumula pus en las bolsas.
- Peritonitis, que puede producirse si una bolsa infectada o inflamada se rompe y derrama contenidos intestinales en la cavidad abdominal.

Prevención

- Come más fibra. Una alimentación con alto contenido de fibra disminuye el riesgo de diverticulitis. Comer semillas y nueces no está asociado con el desarrollo de diverticulitis. La fibra actúa absorbiendo el agua y así aumenta la cantidad de materia fecal suave y abultada en el colon.

Sin embargo, si no tomas demasiado líquido para reemplazar lo que se absorbe, la fibra puede producir estreñimiento. Fumar está asociado con un mayor riesgo de padecer diverticulitis.

3.8 Fístulas

Es una conexión anormal entre dos partes del cuerpo, como un órgano o un vaso sanguíneo y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de una lesión o cirugía. Las infecciones o inflamaciones también pueden provocar que se

forme una fístula.
Las fístulas se pueden presentar en muchas partes del cuerpo.

La enfermedad intestinal inflamatoria, como la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn, puede conducir a la formación de fístulas entre dos asas intestinales. Asimismo, una lesión puede llevar a la formación de fístulas entre arterias y venas.

3.9 CX

La colectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extirpa todo el colon o parte de este.

Existen varios tipos de operaciones de colectomía

- La colectomía total implica la extirpación de todo el colon.
- La colectomía parcial implica la extirpación de parte del colon; también se la puede llamar colectomía subtotal.

- Sangrado incontrolable. El sangrado intenso del colon puede necesitar cirugía para extirpar la parte afectada del colon.
- Obstrucción intestinal. Un colon obstruido es una emergencia que puede requerir una colectomía total o parcial, según la situación.
- Cáncer de colon. El cáncer en etapa temprana puede requerir que se extirpe solo una parte pequeña del colon durante la colectomía. El cáncer en etapa avanzada puede requerir que se extirpe una mayor parte del colon.
- Enfermedad de Crohn. Si los medicamentos no te ayudan, extirpar la parte afectada del colon puede ofrecer un alivio temporal de los signos y los síntomas. La colectomía también puede ser una opción si se detectan cambios precancerosos durante una prueba para examinar el colon.

Riesgos

La colectomía conlleva un riesgo grave de complicaciones.

Tendrás que quedarte en el hospital después de la colectomía para que el sistema digestivo se cure.

Cómo te preparas

- Dejar de tomar determinados medicamentos. Debido a que ciertos medicamentos pueden aumentar el riesgo de complicaciones durante la cirugía, es posible que el médico te pida que dejes de tomarlos antes de la cirugía.
- Hacer ayuno antes de la cirugía. Tu médico te dará instrucciones específicas. Es posible que te soliciten que dejes de comer y beber varias horas antes del día del procedimiento.

El día de la cirugía, el equipo de atención médica te llevará a una sala de preparación. Te controlarán la presión arterial y la respiración. Es posible que te administren un antibiótico por vía intravenosa en el brazo. A continuación, te llevarán a un quirófano y te colocarán sobre una mesa. Te administrarán anestesia general para provocarte un estado de somnolencia, de modo que no estés consciente durante la operación. El equipo quirúrgico procederá entonces con la colectomía.

- Colectomía abierta. La cirugía abierta consiste en realizar una incisión más extensa en el abdomen para acceder al colon. El cirujano usa las herramientas quirúrgicas para liberar el colon del tejido que lo rodea y extrae una parte del colon o todo el colon.
- Colectomía laparoscópica. La colectomía laparoscópica, también llamada colectomía de invasión mínima, consiste en la realización de varias incisiones pequeñas en el abdomen. El cirujano introduce una diminuta cámara de video a través de una incisión y herramientas quirúrgicas especiales a través de las demás incisiones.

Observa una pantalla de video en el quirófano mientras se utilizan las herramientas para liberar al colon del tejido que lo rodea. A continuación, se extrae el colon a través de una pequeña incisión en el abdomen.

Después de la colectomía

Después de la cirugía, te llevarán a una habitación de recuperación para vigilarte mientras pasa el efecto de la anestesia. Luego, el equipo de atención médica te llevará a una habitación del hospital para que continúes con la recuperación. Deberás permanecer en el hospital hasta que recuperes la función intestinal. Esto puede llevar un par de días o una semana. Es posible que no puedas comer alimentos sólidos al principio.

3.10 Sangrado del tubo digestivo inferior

El sangrado del tracto gastrointestinal inferior es una condición médica en donde se presenta una hemorragia desde la parte inferior del sistema digestivo, específicamente del intestino grueso, el recto o el ano.

Riesgos

Existen muchas causas posibles para una hemorragia del tracto gastrointestinal inferior. Los problemas de salud que causan sangrado en pequeña cantidad son las hemorroides, las fisuras anales y algunas enfermedades de transmisión sexual.

Síntomas

El síntoma más común es un sangrado rojo brillante desde el ano o en las heces .

Diagnóstico

El diagnóstico de la causa de la hemorragia se basa en la historia clínica de la persona, hallazgos de laboratorio y examinando el interior del intestino por medio de una endoscopia.

Tratamiento

El tratamiento depende de la cantidad de sangre perdida y de la causa de la hemorragia. La causa debe investigarse y tratarse para evitar futuros sangrados.

Prevención

Las personas que toman medicamentos para diluir la sangre y que tienen riesgo de sangrar por el intestino deben vigilar de cerca el tiempo de coagulación de su sangre.

Pronóstico

El pronóstico después de una hemorragia del tracto gastrointestinal inferior depende de la causa de fondo.

Conclusión

En conclusión y de acuerdo con la unidad tenemos que en cuenta que el intestino es una parte esencial para nuestro organismo y vital para seguir con vida es así una

vez viendo el distinto tipo de enfermedades que se pueden llegar a adquirir tomar precauciones adecuadas y así si ya se contrajo alguna enfermedad o cirugía del mismo tener las precauciones y recomendaciones mencionadas.

Bibliografía

- Antología corregida UDS, Comitán Chiapas (2022)