



**Nombre de alumno: Tayli Jamileth  
Cifuentes Pérez**

**Nombre del profesor: Daniela  
Montserrat Méndez Guillen**

**Nombre del trabajo: Cuadro  
Sinóptico**

**Materia: Enfermedades  
Gastrointestinales**

**Grado: 4to. cuatrimestre**

**Grupo: Nutrición**

U

N

I

D

A

D

1

1

Los pacientes con cáncer de la cavidad oral, la faringe o el esófago en ocasiones presentan problemas nutricionales y odinofagia o disfagia secundarias a la masa tumoral, obstrucciones, infecciones y úlceras orales.

Esófago

La dieta más cómoda para estos pacientes consiste en alimentos fríos, blandos, de sabor suave y que no estén secos  
Habitualmente pueden volver a tomar una dieta normal en 3-5 días.

Tratamiento nutricional médico Cuando el paciente no puede cubrir sus necesidades energéticas y proteicas por vía oral durante un largo período de tiempo, hay que considerar las sondas alimentarias.

La alimentación a través de una gastrostomía puede ser total o complementaria

Para hacer la dieta más variada se pueden usar alimentos cotidianos como frutas, triturándolas y añadiendo agua hasta conseguir un batido líquido.

Es posible preparar comidas normales con una trituradora, pero mantener la suficiencia nutricional, la higiene y una textura que no obstruya la sonda alimentaria

Para prevenir la boca seca

pueden emplearse líquidos, soluciones de saliva artificial y enjuagues con suero salino

ERGE

Podría ser útil reducir la ingesta de grasas, comidas menos abundantes, dietas hipocalóricas y alcanzar un peso saludable

Como las bebidas alcohólicas afectan a la función GI de varias formas, se recomienda limitar su consumo.

El ejercicio moderado favorece el desplazamiento de los alimentos a lo largo del TD y aumenta la sensación subjetiva de bienestar

Úlcera péptica

También resulta útil evitar los AINE y los corticoides en dosis altas.

La alimentación oral o enteral (siempre que sea posible) aumenta la perfusión vascular GI y estimula las secreciones y la motilidad.

En personas con gastritis atrófica hay que valorar la concentración de vitamina B12

porque la ausencia de factor intrínseco y de ácido provocan que esta vitamina no se absorba

U

N

I

D

A

D

1

1

NUTRICIÓN EN LA CIRUGÍA DEL ESÓFAGO Y DEL ESTÓMAGO

Estomago

Carcinoma gástrico

- El régimen dietético para el carcinoma gástrico está determinado por la localización del cáncer, las características de la alteración funcional y el estadio de la enfermedad.
- La gastrectomía es uno de los posibles tratamientos, y algunos pacientes pueden tener dificultades para nutrirse tras la cirugía.
- El paciente con cáncer avanzado e inoperable debe recibir una dieta ajustada a su tolerancia, preferencia y comodidad.

Anorexia

- Si el paciente no tolera la alimentación por vía oral
- Hay que plantear el uso de una vía alternativa, como una sonda alimentaria gástrica o intestinal; o si es imposible la alimentación enteral, utilizar la vía parenteral

Vagotomía

- Se inicia la ingesta oral de alimentos y líquidos una vez constatado que el TD del paciente está funcionando.
- Se empieza por pequeñas cantidades de hielo o agua repetidas, seguidas de líquidos y alimentos sólidos fácilmente digeribles, y así hasta lograr una dieta normal.
- Si la cirugía precisa un largo período para cicatrizar, o cuando el paciente no tolera una dieta oral, se pueden utilizar sondas alimentarias, como yeyunostomías

síndrome de evacuación gástrica rápido

- El objetivo principal del tratamiento nutricional es restaurar el estado nutricional y la calidad de vida.
- Proteínas y grasas se toleran mejor que los hidratos de carbono porque se hidrolizan más despacio a sustancias osmóticamente activas.
- Los hidratos de carbono simples como la lactosa, sacarosa y dextrosa se hidrolizan rápidamente; por este motivo, deben consumirse en cantidades limitadas
- La dieta sí puede incluir hidratos de carbono complejos (fécula).
- Los líquidos llegan rápidamente al yeyuno y algunos pacientes toleran mal los líquidos durante la comida
- Comidas, y tomar líquidos entre comidas.
- Tumbarse inmediatamente después de comer también mejora los síntomas en ocasiones.
- El uso de suplementos de fibra, especialmente pectina o gomas

U

Z

I

D

A

D

1

1

Toleran la lactosa, pero sí pueden tolerar pequeñas cantidades

Generalmente les sienta mejor el queso o los yogures no azucarados que la leche líquida.

También son útiles las leches no lácteas. Si la ingesta es inadecuada será necesario emplear suplementos de calcio y vitamina D.

vaciado gástrico retardado

El tratamiento de náuseas y vómitos es quizás lo más importante, y procinéticos y antieméticos constituyen el tratamiento principal.

Se usan algunos fármacos, como metoclopramida y eritromicina, para favorecer la motilidad gástrica

En orden de importancia clínica, volumen, líquidos frente a sólidos, hiperglucemia, fibra, grasas y osmolalidad

Reduciendo el volumen de las comidas y aumentando su frecuencia

Suele mantenerse el paso de los líquidos

Abandonan el estómago gracias a la gravedad y no precisan contracciones del antro.

Suele ser útil pasar a una dieta compuesta por alimentos en puré o líquidos

Ciertos medicamentos { como opiáceos y anticolinérgicos)

El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SBID) es un síndrome caracterizado por la proliferación bacteriana dentro del intestino delgado. Varios procesos fisiológicos limitan normalmente el número de colonias bacterianas del intestino delgado

fístula

Son el resultado de alteraciones del desarrollo prenatal, traumatismos, cirugía, cáncer y enfermedades inflamatorias.

Hay que restablecer el equilibrio hidroelectrolítico, controlar las infecciones y utilizar soporte nutricional si es necesario para favorecer el cierre espontáneo o lograr un estado nutricional óptimo antes de la cirugía reparadora.

Tratamiento nutricional médico El tratamiento nutricional de los pacientes con FEC puede ser muy complicado. Se utiliza NP, alimentación por sondas alimentarias, dieta oral o una mezcla de estas

Ileostomías y colostomías

Los pacientes con CU grave, enfermedad de Crohn, cáncer de colon o traumatismos intestinales a menudo requieren la creación quirúrgica de una apertura desde la superficie corporal al tubo intestinal para permitir la defecación desde la parte intacta del intestino. Cuando es necesario reseca todo el colon, recto y ano, se realiza una ileostomía, o apertura del íleon a la pared abdominal. Si solo se extirpan recto y ano, la colostomía es la puerta de entrada al colon. En algunos casos se realizan aperturas temporales para permitir cirugías y cicatrización de porciones más distales del intestino. La apertura, o estoma, finalmente se reduce hasta el tamaño de una moneda de 20 céntimos

U

N

I

D

A

D

NUTRICIÓN EN LA RESECCIÓN INTESTINAL; COLOSTOMÍA, COLECTOMÍA, ILEOSTOMÍA Y FÍSTULAS

colectomía

Aquellos compuestos que contienen azufre, amoníaco, metano y otros productos de degradación, confieren mal olor  
Los alimentos que tienden a provocar mal olor en colostomías son legumbres, cebolla, ajo, repollo, huevos, pescado, algunos medicamentos y ciertos suplementos de vitaminas y minerales

Una dieta normal proporciona el sodio suficiente, y hay que recomendar a los pacientes que beban 1l más al día de la producción de la ileostomía.

El paciente con una ileostomía normal y funcionando no suele desarrollar deficiencias nutricionales.

Procedimientos quirúrgicos como las ileostomías pueden requerir cambios concretos en la dieta, pero no un aumento de calorías

Aquellos en los que también se ha resecado el íleon terminal necesitan suplementos o inyecciones intravenosas de vitamina B12

Cirugía rectal

Debe estar dirigido a mantener una ingesta que permita la cicatrización de las heridas y prevenir la infección de la herida quirúrgica por las heces.

Se minimiza la frecuencia de deposiciones utilizando una dieta de residuo mínimo.

Las dietas químicamente definidas tienen poco residuo y logran que las deposiciones sean tan escasas e infrecuentes como 50 g cada 6 días,

Una vez completada la cicatrización se vuelve a una dieta normal, instruyendo al paciente acerca de los beneficios de la dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento.

1

1

NUTRICIÓN EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO DELGADO

se define como una capacidad de absorción inadecuada debida a una reducción de la longitud intestinal o del intestino funcional tras una resección

Las consecuencias del SIC incluyen hipoabsorción de micronutrientes y nutrientes, diarrea frecuente, esteatorrea, deshidratación, alteraciones electrolíticas, pérdida de peso y crecimiento insuficiente en niños.

Otras complicaciones son hipersecreción gástrica, litiasis renal de oxalato y litiasis biliar de colesterol.

Las personas que finalmente necesiten NP crónica tienen más riesgo de infección del catéter, sepsis, colestasis y hepatopatía, y menor calidad de vida asociada al soporte nutricional intravenoso crónico

U

N

I

D

A

D

1

1

Requieren NP inicialmente para restablecer y mantener el estado nutricional.

La duración de la NP y del tratamiento nutricional posterior dependerá de la longitud del intestino resecado, la salud del paciente y el estado del tubo GI conservado

La alimentación enteral supone un estímulo trófico para el tubo GI; la NP se usa para restablecer y mantener el estado nutricional.

Algunos pacientes precisarán NP de por vida para mantener un estado nutricional y de hidratación adecuados

Cuanto más extenso y grave sea el problema, más se tardará en retomar una dieta normal. Es probable que se toleren mejores minicomidas frecuentes y de escasa cuantía (6-10 al día)

La alimentación por sonda puede ser útil para aumentar la ingesta en aquellos momentos en los que el paciente no va a comer, como en el período nocturno

Los pacientes con resecciones yeyunales que conservan todo el íleon y el colon se adaptarán más fácilmente a una dieta normal

Los suplementos multivitamínicos y de minerales son necesarios en ocasiones para satisfacer todos los requerimientos nutricionales.

Los pacientes con resecciones ileales requieren más tiempo y paciencia para avanzar desde la NP hasta la alimentación enteral.

Los suplementos de vitaminas liposolubles, calcio, magnesio y cinc pueden ser necesarios por las pérdidas. En ocasiones la grasa dietética debe restringirse, especialmente en aquellos que conservan el colon

Los líquidos y electrolitos, especialmente el sodio, deben administrarse frecuentemente y en pequeñas cantidades

El término pancreatitis se aplica a la inflamación del páncreas y se caracteriza por el edema, el exudado celular y la necrosis grasa.

Las recomendaciones dietéticas varían según se trate de enfermedad aguda o crónica. La obesidad parece ser un factor de riesgo para la aparición de pancreatitis y para una mayor gravedad de esta

Pancreatitis aguda

El tratamiento nutricional ha de adaptarse para reducir al mínimo la estimulación de ambos sistemas

Algoritmo de fisiopatología y tratamiento asistencial: Pancreatitis

Suprime la alimentación por vía oral y se mantiene la hidratación por vía intravenosa.

En los episodios de menor gravedad, se puede administrar una dieta líquida absoluta con una cantidad desdeñable de lípidos al cabo de varios días.

El régimen alimenticio se debe ampliar con alimentos fácilmente digeribles en función de la tolerancia.

La división de los alimentos a ingerir en seis comidas pequeñas puede potenciar la tolerancia.



NUTRICIÓN EN LA PANCREATITIS CRÓNICA.  
DIETA EN LA ENFERMEDAD DE WILSON.

Pancreatitis

pancreatitis aguda grave

La vía óptima de nutrición en la pancreatitis aguda ha sido objeto de numerosas controversias a lo largo de los años

El soporte nutricional incisivo supone en ocasiones el uso del tubo gastrointestinal

Requieren una fórmula mixta basada en dextrosa y lípidos con el fin de evitar las complicaciones asociadas a la intolerancia a la glucosa.

No se recomienda incluir emulsiones lipídicas en un régimen de NP cuando la hipertriglicemia constituya la causa de la pancreatitis

Es preciso controlar estrechamente la glucemia debido al riesgo de desarrollo de endocrinopatías pancreáticas y a la existencia de una resistencia relativa a la insulina.

Se pueden recetar antagonistas del receptor H2 con el propósito de reducir la síntesis de ácido clorhídrico, lo que atenúa la estimulación del páncreas.

La somatostatina parece representar el mejor inhibidor de la secreción pancreática, por lo que puede añadirse a la solución de NP

La ingesta alimenticia debería ser tan liberal como sea posible, si bien podría ser necesario introducir modificaciones con el fin de minimizar la sintomatología

Las comidas deben ser frecuentes y de escasa cuantía.

La dieta tiene que ser pobre en grasas, básicamente provenientes de aceites vegetales como el aceite de oliva.

Se deben reducir significativamente o eliminar los ácidos grasos trans, presentes en productos de bollería industrial.

La sustitución de los lípidos presentes en la alimentación por aceite de TCM puede dar paso a una reducción de la esteatorrea y a un aumento del peso corporal.

Enfermedad de Wilson

Es un trastorno autosómico recesivo asociado a una alteración de la excreción biliar del cobre. Este mineral se acumula en distintos tejidos, como el hígado, el cerebro, la córnea y los riñones

Un régimen alimenticio con contenido bajo en cobre ya no es necesario, a no ser que otras modalidades terapéuticas fracasen (tabla 30-3).

La supervivencia de pacientes cuyo diagnóstico no se haya elaborado antes del comienzo de la insuficiencia fulminante depende de la realización de un trasplante.

U

N

I

D

A

D

1

1

NUTRICIÓN EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y EN LA COLESTASIS

Las hepatopatías pueden ser agudas o crónicas y hereditarias o adquiridas

Las hepatopatías se dividen en

hepatitis vírica aguda, hepatitis fulminante, hepatitis crónica, esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), hepatitis alcohólica y cirrosis, hepatopatías colestásicas, trastornos hereditarios y otras hepatopatías.

La hepatopatía grasa no alcohólica

Consiste en un conjunto de hepatopatías que comprenden desde la esteatosis a la esteatohepatitis. Implica la acumulación de gotículas de grasa en los hepatocitos y puede provocar fibrosis, cirrosis e incluso hepatocarcinoma

se asocia con acumulación de tejido fibroso en el hígado.

El tratamiento suele consistir en un adelgazamiento gradual, fármacos sensibilizadores a la insulina como glitazonas o posiblemente metformina, y tratamiento de la dislipidemia

Algunos estudios indican que la vitamina E, la betaína y la S-adenosilmetionina podrían ser útiles en la EHNA, al reducir la actividad del factor de necrosis tumora

Esteatosis hepática

Se debe a la culminación de las siguientes alteraciones metabólicas:

- 1) aumento de la movilización de ácidos grasos del tejido adiposo;
- 2) aumento de la síntesis hepática de ácidos grasos;
- 3) disminución de la oxidación de ácidos grasos;
- 4) aumento de la producción de triglicéridos,
- 5) retención de los triglicéridos en el hígado

hepatopatías colestásicas

Se caracterizan por la elevación de las concentraciones séricas de cobre (p. ej., CBP y CEP)

La restricción alimenticia de cobre, no se recomienda de manera habitual salvo en aquellos pacientes que no respondan a otras modalidades terapéuticas.

Las dietas vegetarianas podrían ser útiles como tratamiento coadyuvante; aportan menos cobre.

Las concentraciones de cinc y magnesio son bajas en la hepatopatía alcohólica, lo que puede atribuirse parcialmente a los fármacos diuréticos.

## BIBLIOGRAFIA

Universidad del Sureste, antología de nutrición enfermedades gastrointestinales, recuperado el 14 de octubre del 2022, pag 85-125

[3f250b617f2742855f398ce08385d137-LC-LNU403.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](https://plataformaeducativauds.com.mx/3f250b617f2742855f398ce08385d137-LC-LNU403.pdf)