



Nombre de alumno: Karla Daniela Pinto Lara.

**Nombre del profesor: Daniela Montserrat Mendez
Guillen.**

Nombre del trabajo: mapa conceptual

**Materia: Nutrición en enfermedades
gastrointestinales.**

Grado: 4º

* NUTRICIÓN EN LA CIRUGÍA DEL ESÓFAGO Y DEL ESTÓMAGO



La quimioterapia provoca náuseas, vómitos y anorexia



La masticación, deglución, salivación y percepción del sabor a menudo están alteradas.



La cirugía de la boca o del esófago a veces es necesaria para extirpar tumores



es preciso proporcionar nutrientes mediante suplementos líquidos.



Los pacientes que no puedan nutrirse adecuadamente por vía oral durante un largo tiempo



FASES

- líquidos claros
- líquidos completos
- purés
- blanda
- regular



esta varía y va haciendo sus cambios dependiendo de como el paciente va mejorando y soportando los alimentos

* NUTRICIÓN EN LA CIRUGÍA DEL ESTÓMAGO



se recomienda iniciar con el proceso 2 semanas previas a la cirugía si el paciente maneja su glicemia en valores normales.



Si el paciente no tiene un buen manejo de la glicemia iniciar un plan de alimentación de 3-6 meses con el objetivo del control glicémico



El uso de suplemento multivitamínico y mineral ya que pueden haber deficiencias nutricionales previas a la cirugía y comprometer la cicatrización del paciente



El objetivo del abordaje nutricional luego de una cirugía metabólica es brindar la energía y los nutrientes necesarios para favorecer el proceso de cicatrización



Los alimentos y bebidas que se consumen seguido de la cirugía metabólica deben minimizar complicaciones



Los controles nutricionales se realizan a los 15 días post cirugía, los primeros dos meses. Y mensual los primeros 12 meses post cirugía.



Los chequeos bioquímicos: Hemoglobina, proteínas totales, perfil lipídicos, ácido úrico, hemoglobina glucosilada se solicitan a los 4 meses, 6 meses y al año post cirugía.



Diabetes Mellitus deben llevar control glicémico en los primeros 2 meses post cirugía y posterior por lo menos 1 vez a la semana hasta lograr normalizar los niveles.

* HERNIA



una hernia de hiato o hiatal se produce cuando la zona superior del estómago sobresale a través de una abertura existente en el diafragma, llamada hiato.



En este caso se produce un deslizamiento tanto de la unión gastroesofágica, como de la zona superior del estómago a través del hiato.



hernias paraesofágicas, la unión gastroesofágica se mantiene en su posición natural, mientras que las zonas superiores del estómago se desplazan hacia el tórax, situándose un lado del esófago.



Cuando los síntomas se manifiestan, los más comunes son ardor de estómago (que empeora al acostarse), dificultad a la hora de tragar alimentos o dolor torácico.



En personas adultas existen varios factores que pueden ser detonantes de la hernia:

- tabaquismo, obesidad, envejecimiento, estreñimiento.



El reflujo gastroesofágico suele ser una consecuencia de la hernia de hiato.

* MAIN IDEA

Es importante ponerse en contacto con un dietista – nutricionista para que te pueda asesorar y sea capaz de realizar una pauta nutricional adecuada a su caso.

* SECONDARY IDEA

la obesidad es una de las causas de la hernia hiatal, por lo tanto, una dieta personalizada te ayudará no solo a mejorar los síntomas

* GASTRITIS



es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos



e logra detectar a través de la endoscopia



es una afección en la cual el revestimiento del estómago, conocido como mucosa, está inflamado o irritado.



la gastritis por infección con la bacteria *Helicobacter pylori*



la información indicando que entre los factores endógenos se encuentran: ácido gástrico y pepsina, bilis, jugo pancreático, urea (uremia) e inmunes



la edad, sexo, ingresos económicos, nivel educativo o consumo de alcohol y tabaco.

- Gastritis aguda infecciosa.
- Gastropatía aguda erosivo-hemorrágica
- Gastritis crónica no atrófica
- Gastritis crónica atrófica
- Gastritis crónica autoinmune



es la presencia de ardor, dolorabilidad o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náusea, distensión abdominal



una ingesta adecuada y suficiente de alimentos protectores como los cereales, vegetales, algunos tipos de frutas, va a evitar una rápida evolución en cuanto a los estadios de la patología

* ULCERAS.



Un consumo adecuado de nutrientes resulta extremadamente importante para la regulación de todas las fases que influyen en la cicatrización de heridas



En el paciente hospitalizado se debe promover el consumo de alimentos vía oral antes de la indicación de otras estrategias



se debe dar un aporte adecuado de energía y una alimentación equilibrada en macronutrientes para que la proteína sea utilizada en la formación de la estructura celular



Los hidratos de carbono y los lípidos son las fuentes primarias de energía en el cuerpo, jugando un papel importante en el proceso de cicatrización



Las proteínas son esenciales en todas las etapas de la cicatrización de las UPP. Participan en la multiplicación celular, síntesis de colágeno y tejido conectivo



mostraron mejoras en cicatrización tras 8 semanas de una intervención nutricional alta en calorías y proteína (37.9 kcal y 1.62 g/kg)



la utilidad del balance nitrogenado puede causar controversia en pacientes con fístulas, heridas, quemaduras y úlceras



se debe valorar el someter a estos pacientes a un balance nitrogenado de control, interpretando con cautela los resultados para estimar un adecuado aporte proteico.

* CIRUGÍAS



la Terapia Nutricional y Metabólica administrada ya sea en forma Enteral o Parenteral al enfermo quirúrgico, los días previos o posteriores a la intervención quirúrgica



el objetivo de preservar, mantener o recuperar la masa magra o masa celular metabólicamente activa, con el fin de tener una mejor respuesta a la injuria, y disminuir morbi-mortalidad.



la eficacia del soporte nutricional perioperatorio en la reducción de la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas, arrojaron resultados contradictorios.



Para determinar qué pacientes serían tributarios a Nutrición Preoperatoria se sugieren dos métodos:



- Índice de Riesgo Nutricional (IRN)
- Valoración Global Subjetiva
- Requerimiento de Nutrientes



el periodo de inanición postoperatorio que puede ser tolerado sin complicaciones, pero seguramente depende del estado nutricional previo del paciente



Se debe administrar soporte nutricional preoperatorio a los pacientes con malnutrición



El soporte nutricional preoperatorio no está indicado rutinariamente para pacientes con malnutrición leve o moderada



El soporte nutricional postoperatorio puede estar indicado en pacientes con malnutrición que deberán sobrellevar un periodo de inanición tras la cirugía

* CÁNCER



es una de las neoplasias malignas más importantes en México por su frecuencia y mortalidad, ya que constituye la segunda causa de muerte por cáncer y es el primero en frecuencia de origen gastrointestinal.



en etapas avanzadas es casi una constante debido entre otras cosas, a la indolencia de los individuos y médicos ante signos indicadores de afección gástrica.



El consumo de alimentos salados o ahumados o con gran cantidad de nitritos se ha relacionado claramente



debido a la inespecificidad de los síntomas, la mayoría de los pacientes tiene tumores avanzados cuando se establece el diagnóstico



Los síntomas como pérdida de peso, anorexia, fatiga y malestar epigástrico continuo, señalan de forma invariable afección avanzada e incurable.



la gastrectomía subtotal con fines curativos se practica en anomalías antrales pequeñas



Las neoplasias de tubo digestivo interfieren directamente en el proceso de digestión y absorción, dependiendo por supuesto de la localización de la misma



La atención nutricional temprana puede prevenir o reducir las complicaciones asociadas característicamente con el tratamiento del cáncer



La toma de decisión para el apoyo nutricional del paciente con cáncer gástrico debe ser hecha en base a las características individuales del paciente

NUTRICIÓN EN EL SÍNDROME DE INTESTINO CORTO



Los intestinos son el intestino delgado y el intestino grueso (colon).



El intestino delgado absorbe carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Mide alrededor de 15 a 20 pies de largo y se divide en 3 secciones.



- El colon absorbe agua y minerales. Mide alrededor de 5 pies de largo.



es un conjunto de síntomas que ocurren mientras la parte del intestino que queda se adapta después de su cirugía



- Gases
- Calambres
- Diarrea (heces sueltas o aguadas)
- Pérdida de líquido
- Pérdida de peso



Haga 6 a 8 comidas pequeñas por día



Hacer comidas pequeñas y frecuentes estresará menos su intestino más corto.



Solo tome 1/2 taza (4 onzas) de líquido durante las comidas

* NUTRICIÓN EN LA PANCREATITIS CRÓNICA.



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



La pancreatitis se clasifica como aguda o crónica



comprende desde dolor continuo o intermitente de intensidad variable a dolor abdominal superior intenso, el cual puede irradiar hacia la espalda



El consumo de alimentos puede originar un empeoramiento de los síntomas.



Las manifestaciones clínicas pueden incluir, igualmente, náuseas, vómitos, distensión abdominal y esteatorrea.



El consumo de alcohol, el tabaquismo, el peso corporal, factores genéticos y algunos medicamentos influyen en el riesgo de padecer pancreatitis.



La alimentación oral ha de retrasarse en mayor medida cuando el cuadro agudo perdura a lo largo de varios días



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



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

* **NUTRICIÓN EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA Y EN LA COLESTASIS.**



Las hepatopatías pueden ser agudas o crónicas y hereditarias o adquiridas.



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 (HGNA) consiste en un conjunto de hepatopatías que comprenden desde la esteatosis a la esteatohepatitis



la hepatitis alcohólica se distingue por la hepatomegalia, el aumento moderado de las concentraciones de transaminasas, el aumento de las concentraciones séricas de bilirrubina



aunque también son posibles la hemorragia gastrointestinal, la encefalopatía hepática o la hipertensión portal



Es preciso realizar una valoración nutricional con el fin de determinar el grado y la causa de la desnutrición.

* **MAIN IDEA**

Las necesidades energéticas de los pacientes aquejados de cirrosis son variables.

* **SECONDARY IDEA**

El grado de intolerancia a alimentos es muy variable en distintos sujetos con afecciones

**UDS, antología de enfermedades gastro
intestinales. pp. 74-120**

-