



Universidad
Tecnológico®

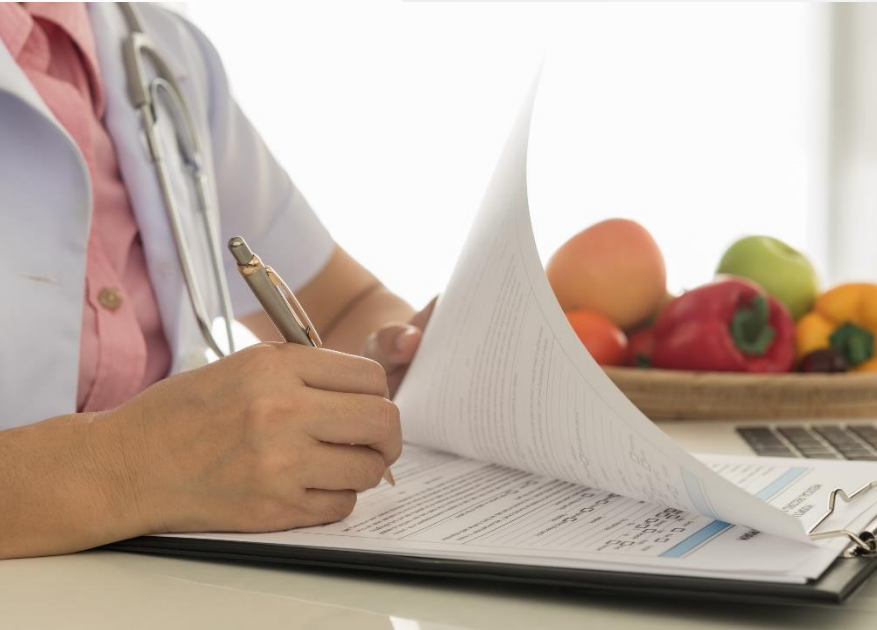


Nutrición Clínica

Diseño de la intervención
nutricional y seguimiento de
la evolución del paciente

Tema 5





El diseño de una intervención nutricional **integral** debe contemplar **objetivos alcanzables** y **mediables**, así como estrategias definidas a cuatro rublos: la administración de alimentos o nutrientes, la educación nutricional, la consejería nutricional y la coordinación del cuidado nutricional.

Por muy maravilloso, perfecto y atinado que sea un plan, si no se sujeta a un proceso de seguimiento o monitoreo, donde se evalúe los logros alcanzados, el avance o cambios que se han desarrollado en respuesta a la aplicación del plan, difícilmente se tendrá una intervención exitosa.



5.1 Diseño integral del plan de intervención

La intervención nutricional (IN) es la etapa del PAN en la que se pretende, a partir del diagnóstico nutricional, resolver total o parcialmente el problema identificado. El nutriólogo traza un plan de acción estratégico que puede estar dirigido, dependiendo del problema y sus causas, a cambiar el aporte, el conocimiento o la conducta nutricional, las condiciones ambientales o el acceso a recursos y servicios (FELANPE, 2012).

Categorías para organizar las estrategias de intervención nutricional

- **Plan de alimentación**
De acuerdo a las necesidades del paciente.
- **Educación nutricional**
Se instruye al paciente en la adquisición de conocimientos para realizar una elección voluntaria de alimentos que mejoren su salud.
- **Consejería nutricional**
Se implementa un proceso de apoyo caracterizado por una relación colaborativa con el paciente.
- **Coordinación del cuidado nutricional**
Se consulta, deriva o coordina la terapia nutricional con otros profesionales de salud o instituciones que asisten al paciente en el tratamiento de problemas nutricionales.



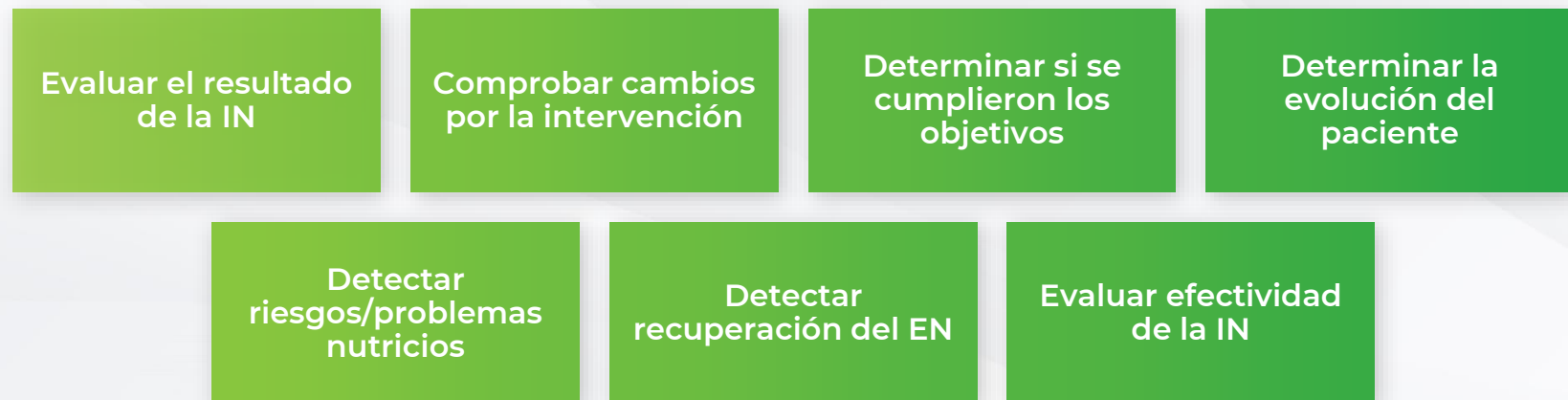
5.2 Diseño del plan de alimentación en función del diagnóstico nutricional y médico

El diagnóstico nutricional es la guía que orienta el diseño del plan de alimentación. A continuación, se muestran los elementos a considerar en las dietas modificadas en consistencia:

Dieta	Objetivos	Requerimientos	Cuándo prescribir
Líquidos claros	Estimular la secreción gástrica y pancreática, así como la motilidad intestinal.	500-600 kcal. No cubre requerimientos de energía y nutrientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Antes y después de cirugías o estudios intestinales. • En la transición de nutricional enteral o parenteral total a vía oral.
Líquidos completos	Proporcionar los nutrientes necesarios en cantidad suficiente.	1200-1800 kcal 45 g de proteína 50 g de lípidos 150 g de CHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para masticar. • Estenosis esofágica grave. • Obstrucción esofágica. • Recuperación de cirugías del tracto gastrointestinal.
Con pures	Proporcionar los nutrientes necesarios en cantidad suficiente.	1200-1800 kcal 45 g de proteína 50 g de lípidos 150 g de carbohidratos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para deglutir. • Reflujo grave. • Rehabilitación maxilofacial.
Blanda química	Brindar una dieta libre de irritantes.	Cubre adecuadamente todos los requerimientos nutricionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis. • Colitis. • Esofagitis.
Blanda mecánica	Facilitar la masticación del paciente.		<ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia o radioterapia.

5.3 Seguimiento nutricional en la práctica clínica

Una vez que se inicia la implementación de la intervención nutricional (IN), es fundamental monitorear los efectos o cambios producidos en el estado nutricional (EN) del paciente, a raíz de la misma (Sánchez et al., 2010). El seguimiento nutricional y la evaluación de resultados en el ambiente hospitalario tiene los siguientes objetivos (FELANPE, 2012; Suverza y Haua, 2010):



FELANPE. (2012). Documento de consenso de funciones y competencias del nutricionista clínico. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional y Nutrición Clínica y Metabolismo: Revisión de diferentes posiciones de Sociedades Científicas Latinoamericanas. Recuperado de <http://www.slan.org.ve/publicaciones/concensos/Consenso%20de%20Funciones%20de%201%20Nutricionista%20Clinico%202012.pdf>
Suverza, A., y Haua, K. (2010). El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. México: McGraw-Hill.

Las categorías propuestas por la FELANPE (2012) para brindar monitoreo nutricional y evaluación de resultados son las siguientes:

Categoría	Elementos a vigilar y evaluar
Resultados conductuales/ambientales	Cambios en cuanto a conocimientos relacionados con la nutrición.
Resultados relacionados con la ingesta de alimentos/nutrientes	Cambios producidos en la ingesta oral del paciente.
Resultados de signos y síntomas nutricionales	Cambios producidos en parámetros antropométricos, bioquímicos y del examen físico del paciente.
Resultados nutricionales centrados en el paciente	Percepción del paciente sobre la IN y su impacto en la calidad de vida, estado y bienestar general relacionado con la nutrición.



FELANPE. (2012). Documento de consenso de funciones y competencias del nutricionista clínico. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional y Nutrición Clínica y Metabolismo: Revisión de diferentes posiciones de Sociedades Científicas Latinoamericanas. Recuperado de <http://www.slan.org.ve/publicaciones/concensos/Consenso%20de%20Funciones%20de%20I%20Nutricionista%20Clinico%202012.pdf>

Indicadores fundamentales a considerar en el seguimiento nutricional

Antropométricos

- Peso

Bioquímicos

- Estado de hidratación
- Función renal
- Control adecuado de la glucosa
- Requerimientos de insulina
- Niveles de electrolitos

Dietéticos

- Monitorear la ingesta real de alimentos

Actividad 5. Responde las preguntas de forma individual

1. ¿En qué consisten las etapas de intervención y seguimiento nutricional del paciente hospitalizado?
2. ¿Qué elementos debe incluir el plan de alimentación para estos individuos?
3. ¿Cómo se monitorea la evolución del paciente en términos nutricionales?
4. ¿A qué elementos del plan de intervención integral se les debe dar seguimiento?





El nutriólogo clínico debe saber qué indicadores son los más apropiados para dar seguimiento, es decir, de acuerdo con el diagnóstico nutricional y la intervención planteada, debe determinar qué indicadores son más sensibles y específicos para que, al medirlos, otorguen información que directamente refleje el estado de la evolución esperada.

Una vez que se implementan las estrategias propuestas en el plan de intervención, se deben monitorear, medir y evaluar los cambios experimentados en el estado nutricional del paciente periódicamente.





Universidad
Tecnológico®



Nutrición Clínica

Tracto gastrointestinal
y órganos anexos

Tema 6



El sistema digestivo está compuesto por diferentes estructuras anatómicas bien definidas, conocidas como órganos principales y anexos (o accesorios). En forma global, el sistema digestivo cumple cuatro funciones básicas:



Motilidad

Secreción

Digestión

Absorción



De forma integral, las funciones básicas del sistema digestivo son las siguientes (Rodota y Castro, 2012):

- Tomar los nutrientes.
- Procesarlos de tal forma que puedan ser utilizados por el cuerpo.
- Eliminar los desperdicios.

Órganos del sistema digestivo y sus funciones principales

Órgano	Función
Boca	<ul style="list-style-type: none">• Inicia la digestión temprana de carbohidratos y de lípidos mediante la masticación.
Esófago	<ul style="list-style-type: none">• Permitir el paso del bolo alimenticio proveniente de la boca hacia el estómago.• Prevenir la distensión esofágica durante la respiración.• Proteger las vías respiratorias del paso de contenido gástrico.
Estómago	<ul style="list-style-type: none">• Efectuar procesos mecánicos y químicos de digestión.
Intestino delgado	<ul style="list-style-type: none">• Efectuar procesos químicos de digestión, absorción y transporte de productos de digestión.
Intestino grueso	<ul style="list-style-type: none">• Efectuar procesos de absorción y transporte de productos de digestión• Transporte, almacenamiento y eliminación de productos de desecho.
Hígado	<ul style="list-style-type: none">• Producción de bilis.
Vesícula biliar	<ul style="list-style-type: none">• Almacenamiento de bilis.
Páncreas	<ul style="list-style-type: none">• Producción de enzimas para continuar la hidrólisis de nutrientes específicos.

Bases fisiológicas de la digestión

En la tabla siguiente se resumen los procesos digestivos que se requieren en función de cada macronutriente, describiendo los órganos y las secreciones digestivas involucradas específicamente para cada macronutriente.

Macronutriente	Boca	Estómago	Intestino delgado
Carbohidratos	Su digestión temprana inicia con la secreción salival, específicamente con la acción de la enzima amilasa salival (se inicia la digestión parcial de almidones).	En este sitio se inactiva la acción de la amilasa salival por el pH ácido de la secreción gástrica.	En el duodeno se vierte la secreción pancreática que contiene amilasa pancreática que continua la digestión de los almidones. Posteriormente, los disacáridos y oligosacáridos restantes son digeridos a monosacáridos por acción de las enzimas del borde en cepillo del intestino delgado (glucoamilasa, sacarasa, isomaltasa, lactasa, trealasa y maltasa).



Bases fisiológicas de la digestión

Macronutriente	Boca	Estómago	Intestino delgado
Proteínas	No se digieren	Su digestión inicia por acción de la pepsina, enzima que forma parte de la secreción gástrica.	En el borde en cepillo de las vellosidades intestinales se encuentra la enzima enterocinasa que, al contacto con el quimo, activa a las proteasas pancreáticas que se han vertido en el duodeno (tripsina, quimotripsina, carboxipeptidasa, elastasa). Después, otras peptidasas proteolíticas del borde en cepillo culminan totalmente su digestión.
Lípidos	Su digestión temprana y mínima inicia con la secreción salival de la enzima lipasa salival.	La lipasa gástrica y la esterasa inespecífica presentes en alimentos contribuyen a la digestión de lípidos en mayor proporción que en la boca.	La secreción biliar, que ya se encuentra en la luz intestinal, emulsiona los lípidos que han sido predigeridos en el estómago, se vuelven más disponibles y facilita que las enzimas de la secreción pancreática (lipasa pancreática, colipasa, fosfolipasa A2 y colesterol esterasa) puedan completar la digestión de los lípidos.

Bases fisiológicas de la absorción

Una vez que los nutrientes han sido digeridos a sus formas más simples, **como monómeros**, pueden absorberse al organismo para que sean transportados hasta donde cumplirán su función.

Mecanismo de absorción de los macronutrientes

Carbohidratos

- Solo se absorben en forma de monosacáridos en el intestino delgado.
- La glucosa y la galactosa se absorben por transporte activo dependiente de sodio.
- La fructosa se absorbe por difusión facilitada.

Proteínas

- Se absorben aminoácidos libres, dipéptidos y tripéptidos en diferentes zonas del intestino delgado.
- En el íleon se absorben los aminoácidos libres.
- En el yeyuno se absorben di y tripéptidos mediante transporte activo.

Lípidos

- Para que los ácidos grasos de cadena corta y media, 2-monoglicéridos, fosfolípidos y colesterol se absorban, deben incorporarse a micelas (se requieren las sales biliares que permiten solubilizarlos en la luz intestinal para que se absorban por difusión hasta el interior de los enterocitos).



Bases fisiológicas de la excreción

Para la excreción o egestión de sustancias residuales (aquellas que fue imposible digerir o absorber), intervienen el intestino grueso, el recto y el ano.

El intestino grueso es el último órgano del tubo digestivo y se encarga de absorber agua, es el lugar ideal para dar forma y almacenar las heces fecales (materia de residuos sólidos).

Mientras que el ano y el recto permiten la eliminación regulada de estos residuos, mediante la defecación.



Reflexiona sobre las siguientes preguntas:

- a. ¿Cuál es el papel del sistema digestivo en la salud del individuo y específicamente sobre el estado nutricional?
- b. ¿Tiene alguna implicación relevante que el sistema digestivo y el sistema nervioso estén relacionados estrechamente? Justifica tu respuesta.
- c. ¿Tiene alguna implicación relevante que el sistema digestivo y el sistema inmune estén relacionados estrechamente? Justifica tu respuesta.
- d. ¿Cuál es el aspecto más importante sobre el sistema digestivo que se debe considerar para la dietoterapia? Justifica tu respuesta.

Elabora un reporte individual con las respuestas para cada interrogante.





Universidad
Tecmilenio®



Nutrición Clínica

Dietoterapia en trastornos
gastroesofágicos

Tema 7



¿Cómo prevenir los trastornos gastroesofágicos?

Genoprazol, Alka-Seltzer, Losec A, Unigastrozol, Melox, Onotón, Sal de Uvas Picot, Pepto-Bismol, etc. La lista de productos puede continuar, pero ¿qué tienen en común?, seguramente lo puedes adivinar.

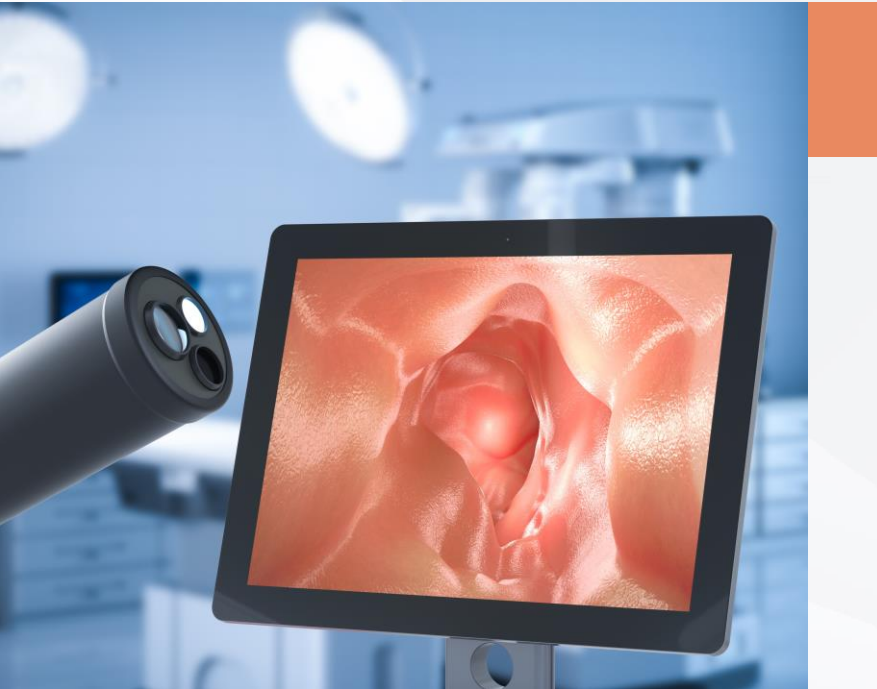
Esto son solo unos cuantos de los medicamentos de venta libre para tratar diferentes trastornos gastroesofágicos. En todo el mundo, millones de individuos los consumen, ya sea porque su médico se los prescribe o, en la mayoría de los casos, porque se automedican al padecer alguno de los trastornos y verse influenciados por las estrategias de mercadotecnia.

Las enormes ganancias obtenidas de las ventas de estos medicamentos reflejan que los trastornos gastroesofágicos son una problemática actual y de una prevalencia significativa.

A continuación conocerás los siguientes temas:

- ¿Cuáles son los trastornos gastroesofágicos más comunes?
- ¿Estos trastornos solo se tratan a través de medicamentos o existe otro tipo de terapia que sea efectiva para su tratamiento?
- ¿Existen recomendaciones nutricionales que contribuyan a la prevención, control o restablecimiento de los trastornos gastroesofágicos más comunes de la actualidad?





Los trastornos patológicos de la porción superior del tracto digestivo pueden asociarse a dificultades mecánicas en la deglución (disfagia), a molestias orgánicas o funcionales que favorecen la mala digestión (dispepsia) y a alteraciones en la secreción de ácido gástrico (reflujo gastroesofágico, úlceras gástricas y gastritis).

Como la secreción de ácido gástrico es uno de los elementos más importantes en las enfermedades del tracto superior digestivo, antes de revisar las terapias nutricionales específicas para cada trastorno, resaltaremos la importancia de algunos factores que pueden favorecer el incremento en las secreciones ácidas y causar un daño a la mucosa del tracto digestivo superior, contribuyendo así a su patogenia. Estos factores no tienen muy buena fama, y esta es una razón más para limitar u omitir su consumo.

El tabaco, el alcohol y la cafeína son elementos que estimulan la secreción de ácido gástrico, así como la producción de ulcerógenos (Katz, 2010); por lo tanto, su consumo se asocia en la patogenia de las enfermedades del tracto superior digestivo, independientemente de otros factores nutricionales y del estilo de vida. Ahora, revisemos las diferentes terapias nutricionales orientadas a las principales enfermedades del tracto superior digestivo.

Terapia nutricional en disfagia

Seguramente tu deglución es normal; es decir, puedes pasar con facilidad alimentos y sustancias sólidas y líquidas de tu boca al esófago; estos alimentos llegan sin dificultad hasta tu estómago, todo en un lapso no mayor a 10 segundos (Rodota y Castro, 2012). No obstante, algunos individuos tienen dificultades mecánicas para lograr una deglución adecuada, que puede ser un proceso acompañado de dolor. Esta condición, la disfagia, puede presentarse a consecuencia de diferentes condiciones: enfermedades neuromusculares, lesiones estructurales o por algún padecimiento orgánico como la acalasia (Téllez, 2014).

Podría pensarse que esto no se asocia directamente con el estado nutricional, pero al alterarse la capacidad de ingestión de los alimentos, la disfagia es un factor de riesgo significativo para desarrollar desnutrición e incluso la “muerte secundaria a broncoaspiración debido al alojamiento o adherencia de alimentos sólidos en la garganta o esófago” (Téllez, 2014).

Aunado a esto, la disfagia es un trastorno que afecta directamente la calidad de vida del paciente, ya que la dificultad que presenta para ingerir de forma normal sus alimentos genera, en gran parte de los pacientes, angustia y depresión severa (Rodota y Castro, 2012).

Las recomendaciones nutricionales para la disfagia deben orientarse al caso específico de cada paciente, ya que algunos alimentos pueden exacerbar la sintomatología en un paciente, pero en otros no. Sin embargo, las recomendaciones están más encaminadas a cuestiones de la presentación o procesamiento de los alimentos que se consumirán, es decir, modificaciones en la textura y la viscosidad.



Rodota, L., y Castro, M. (2012). Nutrición clínica y dietoterapia. Argentina: Médica Panamericana.
Téllez, M. (2014). Nutrición clínica (2a ed.). México: Manual Moderno.

Terapia y recomendaciones nutricionales en disfagia

Objetivo

Prevenir o disminuir la malnutrición tratando de individualizar la dieta para cada individuo, según sus condiciones físicas, necesidades nutricionales y riesgo de broncoaspiración.

- **Pures licuados**

Espesos de textura homogénea, que no mantienen su forma después de servir (purés de frutas y verduras licuados con salsas, crema o papillas de cereales).

- **Pures consistentes**

Consistentes, homogéneos, que mantienen su forma luego de servir (puré de verduras, flanes o yogures).

- **Alimentos picados**

De fácil masticación, con textura homogénea, no áspera (carne picada en cubos de 1 cm o menos, frutas en conserva, verduras tiernas cocidas y cortadas en cubitos).

- **Alimentos blandos**

De fácil masticación, con textura homogénea, no áspera (carne picada en cubos de 1 cm o menos, frutas en conserva, verduras tiernas cocidas y cortadas en cubitos).

- **Líquidos con consistencia**

Líquidos espesos. Estas texturas se logran utilizando productos espesantes en distinta proporción (almíbar, miel o caldo espeso).

- **Productos espesantes**

Leche en polvo, fécula de maíz, frutas o avena.

- **Alimentos a evitar**

Bebidas como agua, jugos diluidos, café, té o leche. Galletas, cereales, pan o pastas secas, carnes secas o de consistencia dura, quesos secos y huevo crudo. Frutas y verduras crudas o fibrosas (incluidas las frutas secas), así como el chocolate.

Terapia nutricional en dispepsia

¿Alguna una vez has sentido **dolor o ardor epigástrico** (entre tu ombligo y la parte inferior del esternón)? ¿O después de haber comido los alimentos, estos continúan en tu estómago por mucho tiempo (**plenitud posprandial** molesta), o una **saciedad temprana** (apenas comienzas a comer y ya te sientes satisfecho)? Si recurrentemente has tenido estas sensaciones (o síntomas), probablemente has experimentado dispepsia, un trastorno frecuente en la actualidad.

De acuerdo con Rodota y Castro (2012), la definición de dispepsia es la siguiente: “Cualquier dolor o molestia frecuente o recurrente localizada en la parte central de la mitad superior del abdomen originada por causas orgánicas o funcionales”.

Objetivo de la terapia nutricional

Contribuir a la identificación de los factores alimentarios desencadenantes y a una participación activa del paciente en el control de la enfermedad a través del diseño de un plan alimentario individualizado, que contribuya a la disminución o eliminación de la sintomatología.

Alimentos a evitar

- Evitar los alimentos que exacerbaban los síntomas de forma individual.
- Limitar el consumo de grasas, ya que tras su ingesta se pueden agravar los síntomas.
- Eliminar estimulantes centrales del nervio vago (café, té, bebidas de cola, cacao y chocolate).
- Evitar alimentos flatulentos, cítricos e hipertónicos (dulces o salados).
- Evitar especias.



Volumen de la ingesta

- Se recomienda el consumo de comidas de volúmenes pequeños y con mayor frecuencia, ya que esto mantiene el tono posprandial y la presión intragástrica se establece sin generar el estímulo de la sintomatología.



Otras indicaciones

- Masticar correctamente.
- Evitar consumir alimentos en temperaturas extremas (alimentos muy fríos o muy calientes).
- Comer en una atmósfera agradable y serena, evitar discusiones.
- Eliminar el tabaco, el alcohol y el peso excesivo.

Para conocer más sobre dietoterapia en trastornos gastroesofágicos, te recomendamos leer el siguiente artículo:

Sánchez, C., Hernani, M., y Simó, E. (2021). Trastornos motores esofágicos y gástricos. En *Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* (pp. 65-80). Ergon.

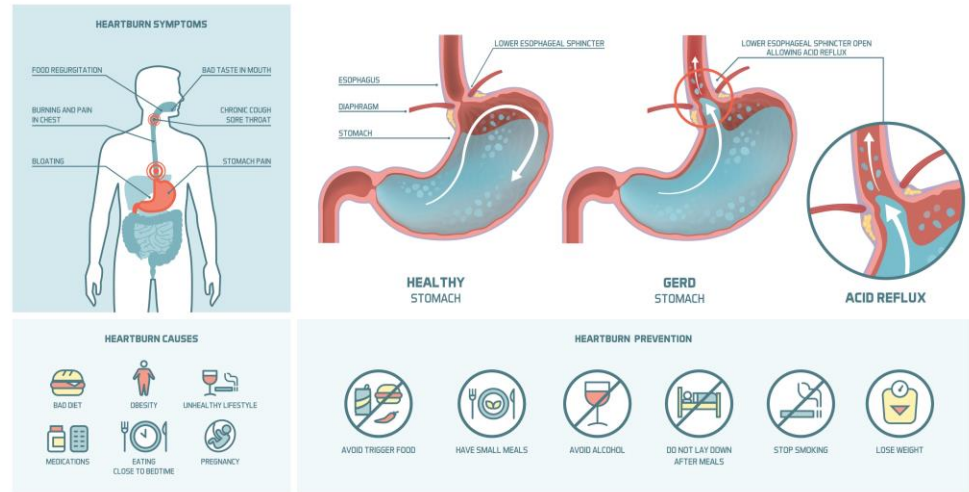
Instrucciones:

Tomando en cuenta la lectura del artículo antes mencionado, realiza un esquema en un archivo de Word.

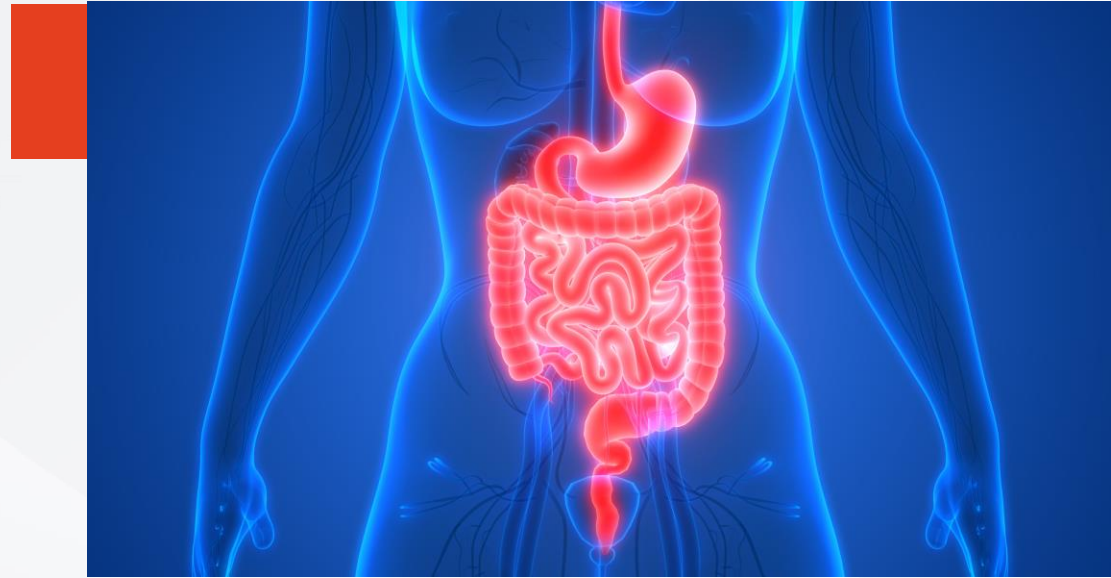


Gastritis, úlcera gástrica, dispepsia, esofagitis y reflujo gastroesofágico, todas son condiciones patológicas que se asocian a la vida moderna del ser humano. Aunque estos trastornos se pueden controlar a partir de una gran gama de medicamentos, es necesario acompañar el tratamiento farmacológico con intervenciones del estilo de vida, como cambios en la composición de la dieta y otras conductas (horarios para comer y dormir). Además, para individuos que aún no desarrollan estos trastornos, las intervenciones del estilo de vida sirven como medidas preventivas.

El papel del nutriólogo es informar al paciente acerca de qué alimentos debe consumir para poder prevenir la aparición de estas condiciones; en el caso de que el paciente tenga alguna de estas patologías, el nutriólogo debe considerar el estilo de vida y salud para poder realizar una dieta personalizada.



El sistema gastrointestinal es una pieza fundamental para el mantenimiento de un estado nutricional óptimo y, por ende, para el estado de salud del individuo. Cuando se desarrollan patologías es importante recordar que, a veces, las enfermedades gastrointestinales pueden prevenirse o tratarse por medios alimentarios (Katz, 2015).



El diseño de una intervención nutricional **integral** debe contemplar objetivos alcanzables y medibles, así como estrategias definidas orientadas a cuatro rubros: **la administración de alimentos o nutrientes, la educación nutricional, la consejería nutricional y la coordinación del cuidado nutricional.**



Universidad
Tecnológico®



Nutrición Clínica

Dietoterapia en trastornos
intestinales

Tema 8



Actualmente se realizan muchas investigaciones científicas y cada vez existen más evidencias clínicas que apoyan el consumo de probióticos, prebióticos y alimentos funcionales que los contengan, como estrategias para favorecer el desarrollo saludable, mantenimiento o restauración de la microbiota intestinal.

Esto se debe a que la microbiota intestinal es un elemento indispensable en el estado de salud y enfermedad del ser humano, desde el momento del nacimiento y durante toda su vida. Así, las alteraciones en su composición se relacionan con la enfermedad inflamatoria intestinal, asma, obesidad, una respuesta inmune deficiente y el padecimiento de diversas enfermedades inflamatorias crónicas (Ferreira et al., 2014).

En este tema conocerás lo siguiente:

- ¿Es posible que la dieta tenga un efecto directo sobre la salud intestinal y el estado general de salud del individuo?
- ¿Crees que personas aparentemente sanas sufran de afecciones intestinales?
- ¿Qué trastornos intestinales son más prevalentes y a qué factores se debe su desarrollo?
- ¿Qué puede hacer el nutriólogo clínico para prevenir o tratar los trastornos intestinales?



	Probióticos	Prebióticos
¿Qué son?	Microorganismos vivos que cuando se suministran en cantidades adecuadas promueven beneficios en la salud del organismo huésped.	Ingredientes o compuestos que el organismo no es capaz de digerir, que tienen la propiedad de mejorar la salud, al promover el crecimiento y la actividad de una especie o un número limitado de especies de bacterias intestinales beneficiosas.
¿Se pueden añadir a alimentos (funcionales)?	Sí, las bacterias probióticas utilizadas en los alimentos deben ser capaces de sobrevivir al paso por el aparato digestivo y proliferar en el intestino.	Sí, usualmente se adicionan a cereales o en algunos productos lácteos.
Efectos generales	Se implantan en el colon favoreciendo el funcionamiento saludable del intestino del huésped. Producen sustancias bacteriostáticas y bactericidas. Actúan fermentando los prebióticos (la fibra, la inulina, los fructooligosacáridos y el almidón resistente). Modifican la disponibilidad de los nutrientes de los alimentos que los contienen (hidrólisis, producción de enzimas, modificación del pH). Producen b-galactosidasas capaces de degradar la lactosa, mejorando así su intolerancia. Modulan la respuesta inmune e inflamatoria.	Mejoran de la microbiota intestinal, ya que son sustrato de elección para las bifidobacterias. Su fermentación produce ácidos grasos de cadena corta, disminuye el pH y se reduce la proliferación de bacterias patógenas. A menor cantidad de microorganismos patógenos, menor producción de sustancias tóxicas. Colaboran evitando el estreñimiento por un aumento en el peso húmedo y seco de la materia fecal y en la velocidad del tránsito intestinal.
¿Cuáles son los principales tipos que se utilizan?	Lactobacilos: Producción de sustancias bactericidas. Bifidobacterias: Estimulación del peristaltismo del intestino. Regularización del tránsito intestinal.	Fructooligosacáridos (FOS) Inulina Galactooligosacáridos Oligofruktosa

a. Diarrea

La terapia nutricional de la diarrea dependerá del tipo de presentación, ya sea aguda o crónica. A continuación, se presenta un resumen de las recomendaciones a considerar en cada caso para el diseño de la terapia nutricional.

b. Constipación

La terapia nutricional para los pacientes que padecen constipación o estreñimiento básicamente tiene dos ejes fundamentales: la ingesta saludable de fibra y de agua. En relación con las conductas del estilo de vida para prevenir y tratar la constipación, no asociadas a la dieta, se enfatiza el papel del ejercicio físico y la educación en cuanto al reflejo de evacuación condicionado.

8.2 Terapia nutricional en el manejo del síndrome de intestino irritable

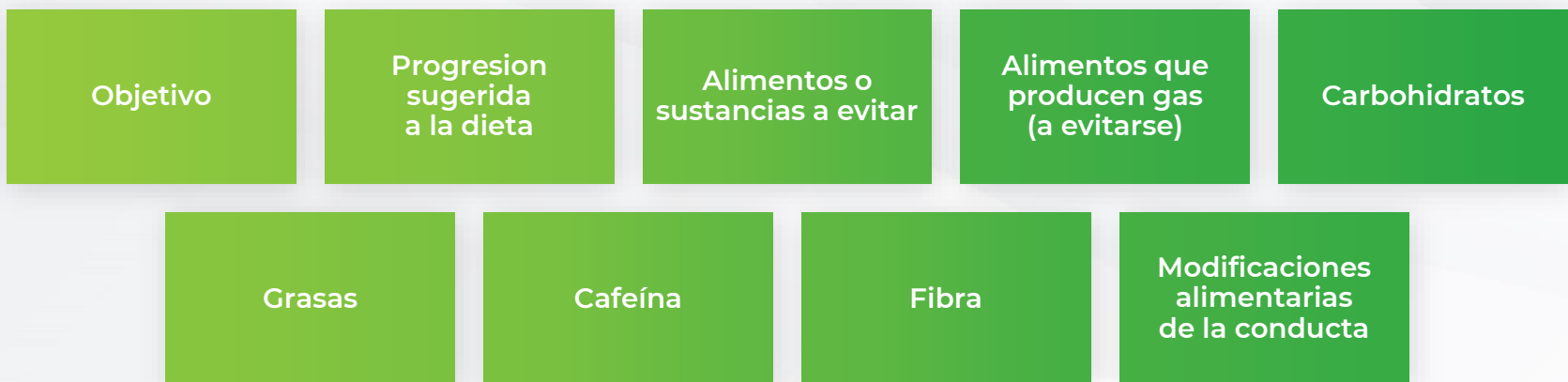
Actualmente se desconoce la etiología que conduce a desarrollar el SII, pero podrían estar involucrados el uso de medicamentos, hormonas o factores del estilo de vida, como los hábitos alimentarios y el estrés emocional. En relación con los hábitos alimentarios, aproximadamente un 60-70% de los pacientes considera que su sintomatología la exacerban ciertos tipos de alimentos y preparaciones culinarias (Rodota y Castro, 2012). Así, de forma consciente, los pacientes implementan una dieta de exclusión que evidentemente es deficiente tanto calórica como nutrimentalmente.

Es importante que el profesional de la nutrición realice una anamnesis orientada a la identificación de la tolerancia a alimentos específicos y establezca un plan de alimentación que cubra las necesidades nutricionales del paciente y, además, favorezca la disminución de la sintomatología.

Actualmente se desconoce la etiología que conduce a desarrollar el SII, pero podrían estar involucrados el uso de medicamentos, hormonas o factores del estilo de vida, como los hábitos alimentarios y el estrés emocional. En relación con los hábitos alimentarios, aproximadamente un 60-70% de los pacientes considera que su sintomatología la exacerban ciertos tipos de alimentos y preparaciones culinarias (Rodota y Castro, 2012). Así, de forma consciente, los pacientes implementan una dieta de exclusión que evidentemente es deficiente tanto calórica como nutrimentalmente.

Es importante que el profesional de la nutrición realice una anamnesis orientada a la identificación de la tolerancia a alimentos específicos y establezca un plan de alimentación que cubra con las necesidades nutricionales del paciente y, además, favorezca la disminución de la sintomatología.

Recomendaciones para el diseño de la terapia nutricional en SII



8.3 Terapia nutricional en el manejo de enfermedades inflamatorias intestinales

De acuerdo con la Organización Mundial de Gastroenterología (2009), “la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representa un grupo de afecciones intestinales inflamatorias crónicas idiopáticas”. Básicamente son dos patologías, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, que se engloban dentro de la terminología de EII, ya que comparten una serie de características.

De acuerdo con Width y Reinhard (2010):

- Son enfermedades crónicas.
- Producen inflamación intestinal.
- Su etiología permanece incierta (aunque se sugiere la combinación de diferentes factores).
- Tienden a ocasionar malabsorción de nutrientes conduciendo a desnutrición.
- Pueden llevar a complicaciones serias que incrementan el riesgo de mortalidad.



Actividad 1. Nutrición en trastornos intestinales

Lee los siguientes artículos y la guía ESPEN; posteriormente, realiza un esquema.

Artículos

Gill, S., Rossi, M., Bajka, B., y Whelan, K. (2021). Dietary fibre in gastrointestinal health and disease. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 18(2), 101–116. Recuperado de <https://doi.org/10.1038/s41575-020-00375-4>

Bischoff, S., et al. (2020). ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 39(3), 632–653. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.11.002>



La salud intestinal es un tema de moda y esta tendencia seguirá al alza mientras el conocimiento sobre el intestino, sus funciones y su relación con la dieta, con el estado general de salud y con otros órganos del cuerpo humano continúe en aumento. A consecuencia de esto, cada vez más personas son conscientes de monitorear su salud intestinal.

Al hablar de trastornos intestinales no solamente nos referimos a diarreas y constipación, que podrían catalogarse como los trastornos intestinales más tradicionales, sino al síndrome de intestino irritable, la famosa “colitis”, las enfermedades inflamatorias intestinales o la enfermedad diverticular, por mencionar a las más prevalentes.

El consumo de fibra (ligado a la ingesta saludable de agua) es un elemento trascendental dentro de las recomendaciones nutricionales para los trastornos intestinales. De ahí que se promueva con tanto énfasis el consumo apropiado de leguminosas, frutas y vegetales frescos y granos integrales, fuentes ricas en fibra. Cada vez hay más evidencias sobre el consumo de alimentos funcionales y de probióticos para favorecer el desarrollo, mantenimiento o restauración de la microbiota intestinal saludable y su relevancia a nivel nutricional.

