

Nombre de alumno: Sara Galilea Martínez Quevedo

Nombre del docente: DR. Fernando Romero Peralta

Nombre del trabajo: ensayos de la fisiopatología del sistema digestivo y valoración abdominal

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Enfermería medico quirúrgico II

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: A

Pichucalco; Chiapas a 8 de mayo del 2020

o

Fisiopatología del sistema digestivo

APARATO DIGESTIVO

- ✓ Órganos de morfología tubular.
- ✓ Controlado por el SNA y diversas hormonas.
- ✓ Dotado de motilidad.
- ✓ Síndromes variados---orgánicos y funcionales :

o Secreción.

o Motilidad

-VÍSCERAS ANEXAS

Hígado

Páncreas.

-FUNCIÓN

Absorción nutriente.

Digestión

➤ FISIOPATOLOGÍA DEL ESÓFAGO

ALTERACIONES DEL TRÁNSITO ESOFÁGICO

La deglución o el tránsito del bolo alimenticio hasta el estómago pueden alterarse por:

RETRASO DE LA DEGLUCION:

o Alteración de la fase orofaríngea.

o Alteración de la fase esofágica.

- REFLUJO GASTROESOFÁGICO

➤ FISIOPATOLOGÍA DEL ESTÓMAGO

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Las principales pruebas funcionales en el estudio de la patología estomacal son:

- EVALUACIÓN DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA: métodos isotópicos que valoran el tránsito gastroduodenal de sólidos y líquidos marcados. No es muy usado en práctica clínica,
- ANÁLISIS DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA: se determina el rendimiento ácido del estómago (quimismo gástrico). Inicialmente se mide la acidez del jugo gástrico en ayunas mediante aspiración a través de una sonda

□ SECRECIÓN ÁCIDA BASAL (BAO). Luego se estudia la máxima capacidad secretora de ácido administrando un estimulador de ácido gástrico y analizando varias muestras de jugo gástrico durante un tiempo determinado

□ SECRECIÓN ÁCIDA MÁXIMA (MAO) y PICO DE MÁXIMA SECRECIÓN (PAO) secreción más alta alcanzada durante el período de estudio.

□ ESTUDIOS MORFOLÓGICOS incluye:

Radiología con contraste baritado.

Examen endoscópico.

PATOLOGÍA DEL ESTÓMAGO

- ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO GASTRODUODENAL:

o Vómito.

o Retraso y aceleración del vaciamiento gástrico.

- ALTERACIÓN DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA:

o Hipo e hipersecreción gástrica.

o Dispepsia.

PATOLOGÍA DEL ESTÓMAGO

- ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO GASTRODUODENAL:

o Vómito.

o Retraso y aceleración del vaciamiento gástrico.

-ALTERACIÓN DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA:

o Hipo e hipersecreción gástrica.

o Dispepsia

ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO GASTRODUODENAL

VÓMITO

Es la expulsión brusca y forzada del contenido gástrico o intestinal, precedido de náuseas.

- PROCESO MOTOR - se produce por un ↑ de la presión intraabdominal generado por las contracciones de los músculos de la pared del abdomen y del diafragma. También intervienen contracciones retrógradas del intestino delgado, que impulsan hacia el estómago el contenido del duodeno. Se producen ondas antiperistálticas, con contracción de los músculos abdominales y cierre de la glotis. Se genera por la estimulación del CENTRO DEL VÓMITO ante impulsos nerviosos diversos.

Origen de los impulsos motores:

TUBO DIGESTIVO, PERITONEO, VÍAS BILIARES Y URINARIAS Y OTRAS VÍSCERAS: los impulsos surgen al ser estimulados los mecanorreceptores sensibles a la distensión de la pared visceral o quimiorreceptores sensibles a algunos productos generados en la inflamación (EJ: gastroenteritis o peritonitis). El centro del vómito también se estimula por compresión mecánica o influencias procedentes de la corteza cerebral (anorexia nerviosa) o sistema vestibular.

ZONA <<GATILLO>>: se localiza en el área postrema del extremo caudal del IV ventrículo, constituida por quimiorreceptores sensibles a estímulos químicos de procedencia:

o Exógena : vómito inducido, antineoplásicos, morfina...

o Endógena : vómito asociado con cetoacidosis diabética

ESTENOSIS U OBSTRUCCIÓN

Puede afectar tanto a la luz de píloro como a la región duodenal próxima al éste

- ESTENOSIS PILÓRICA. Son normalmente obstáculos Intramural como; edemas y úlcera duodenal, carcinoma gástrico e hipertrofia congénita de la musculatura pilórica en niños.

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA O GASTROPEPSIA

Causas:

DISFUNCIÓN MIOPÁTICA: supone un defecto de la capacidad contráctil de la musculatura de la pared gástrica. Causa más característica □ ESCLERODERMIA.

- ESTENOSIS U OBSTRUCCIÓN:

o Estenosis pilórica.

o Tumores en la zona.

- TRASTORNO DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA

o Gastropepsia.

- MANIFESTACIONES CLÍNICAS

o Dolor abdominal tipo cólico o continuo.

o Vómitos de retención.

DISFUNCIÓN NEUROPÁTICA: se produce por un defecto del estímulo colinérgico, lo que causa menor excitabilidad neuromuscular gastroduodenal y una dificultad para generar la espiga del potencial de acción transmembrana de la fibra muscular lisa y consiguiente trastorno de contracción.

DISFUNCIÓN DE ORIGEN EXTRADIGESTIVO: hipocalcemia e hipercalcemia condicionan una menor

excitabilidad neuromuscular gastroduodenal.

ALTERACIONES DE LA SECRECIÓN GÁSTRICA

- **HIPOSECRECIÓN ÁCIDA:** alteración de la absorción de hierro y vitaminas:

o Resecciones del fundus y/o cuerpo del estómago.

o Gastritis atrófica (origen autoinmune).

o Infección por H.pylori.

- **HIPERSECRECIÓN ÁCIDA:**

o Úlcera duodenal -infección por H.pylori.

o Gastrinoma: úlceras gastroduodenales.

PATOLOGÍA INTESTINAL

- **ALTERACIÓN DEL TRÁNSITO INTESTINAL:**

o Estreñimiento/ diarrea.

o Íleo.

o Síndrome intestino irritable.

- **ALTERACIÓN DE LA ABSORCIÓN Y SECRECIÓN INTESTINAL DE AGUA Y ELECTROLITOS:**

o Diarrea.

- **SÍNDROME MALDIGESTIÓN-MALAABSORCIÓN.**

FISIOPATOLGÍA DEL ÍLEON

Cierre intestinal - no emisión de heces ni gases.

Distensión del intestino por encima del obstáculo.

Acumulación de líquidos o gases en el intestino.

Deshidratación y alteraciones electrolíticas.

Translocación bacteriana.

Aumento de presión en la luz intestinal que impide el flujo sanguíneo:

o Edema, congestión y necrosis de la mucosa.

FISIOPATOLOGÍA DEL HÍGADO

HIPERBILIRRUBINEMIA E ICTERICIA Se entiende por hiperbilirrubinemia el incremento de la concentración de bilirrubina total en suero por encima de 1mg/dl.

- **ICTERICIA:** color amarillento de la piel y mucosas. Aparece cuando los niveles séricos de bilirrubina superan los 2mg/dl.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Es el fallo en las funciones del hepatocito. Para que se produzca es preciso que se produzca una lesión hepática

difusa como necrosis, inflamación, fibrosis.

IH CRÓNICA: cirrosis.

IH AGUDA: fallo hepático fulminante.

FISIOPATOLOGÍA DE LAS VÍAS BILIARES

LITIASIS BILIAR O COLELITIASIS

Presencia de cálculos en la luz de la vía biliar extrahepática. Estos cálculos se forman por la cristalización de

componentes de la bilis (**LITOGÉNESIS**):

CÁLCULOS DE COLESTEROL: colesterol y sales biliares.

CÁLCULOS PIGMENTARIOS: bilirrubinato cálcico.

valoración de la pared abdominal

VALORACIÓN DEL PACIENTE

- ✚ Anamnesis.
- ✚ Exploración física.
- ✚ Exploraciones complementarias

Aspectos que conviene tener presentes al realizar el examen:

- colocar al paciente en decúbito dorsal
- examinar por el lado derecho (pero conviene tener la capacidad de examinar por ambos lados)
- disponer de una iluminación adecuada
- tratar de no tener las manos ni el instrumental fríos
- pedir al paciente que se relaje (tener una delicadeza especial en personas que sufren de cosquillas)
- exponer el abdomen en forma amplia de modo de efectuar una buena observación (desde la parte baja del tórax hasta las regiones inguinales). Conviene tener cuidado por el pudor del paciente, pero sin dejar de examinar en forma adecuada.
- no olvidar de examinar las regiones inguinales
- las zonas dolorosas conviene examinarlas al final

Inspección.

Conviene fijarse en lo siguiente:

- la forma del abdomen
- identificar áreas más prominentes o asimétricas
- cicatrices
- hernias
- lesiones de la piel
- presencia de circulación colateral
- latidos
- los movimientos respiratorios: lo normal es que con la inspiración se produzca un abombamiento del epigastrio al descender el diafragma. En algunas insuficiencias respiratorias, el diafragma no se contrae y es arrastrado hacia el tórax en la inspiración, con lo que el abdomen en vez de “abombarse” se deprime: esto se conoce como *respiración paradójal*.

La *forma del abdomen* puede ser diferente. Esto depende de la edad, de la relación entre el peso y la talla, de la constitución del cuerpo, de lo atleta o

sedentaria que sea la persona y de alteraciones que puedan existir: tumores, ascitis, meteorismo (gas aumentado en el intestino). Normalmente tiene una forma redondeada o plana. En personas delgadas y en decúbito dorsal se aprecia un abdomen excavado (*escafoide* o *cóncavo*). Si se aprecia abultado se habla de un abdomen *globuloso* o *prominente*. Cuando en decúbito supino el abdomen impresiona que se "rebalsa" hacia los lados se le llama *en alforjas*; si estando de pie, se aprecia un gran pliegue que cuelga del hemiabdomen inferior se llama *en delantal*.

La presencia de tumores o masas es otra importante observación. El aumento de volumen por un útero grávido es algo bien conocido. Algo parecido, pero localizado en el hipogastrio, ocurre con una vejiga distendida que no puede vaciarse (*globo vesical*). Una gran esplenomegalia podrá dar un abultamiento en el cuadrante superior izquierdo; una hepatomegalia, en el cuadrante superior derecho.

En ocasiones se ven *estrías de distensión* que corresponden a rotura de fibras elásticas de la piel. Se encuentran en los flancos y partes bajas del abdomen. Se ven en mujeres que han tenido embarazos y en obesos que han bajado de peso y son de color blancas. A veces, se encuentran *estrías de color púrpura* las que en el contexto de una obesidad de predominio central e hipertensión arterial, pueden ser manifestación de una enfermedad de Cushing.

En hemorragias que afectan el retroperitoneo (por ejemplo, en una pancreatitis grave), pueden aparecer equimosis en la región umbilical (*signo de Cullen*) o en los flancos (*signo de Turner*).

En cuadros de obstrucción intestinal, especialmente en personas delgadas, es posible ver los movimientos peristálticos de las asas intestinales.

El ombligo normalmente es umbilicado (hundido) o plano. Cuando existe ascitis se puede ver evertido (protruye hacia afuera). Una *onfalitis* es una inflamación del ombligo que se manifiesta por enrojecimiento y secreción.

La distribución del vello pubiano es diferente en el hombre que en la mujer. En el primero tiene una distribución romboidal, llegando hasta el ombligo. En la mujer es de tipo triangular (ginecoide), sin extensión del vello hacia el ombligo. Esta distribución se altera en algunas enfermedades (por ejemplo, en los hombres con cirrosis hepática tiende a adquirir una distribución ginecoide)

palpación.

Se comienza efectuando una *palpación superficial* mediante la cual se buscan puntos dolorosos y se evalúa si la pared abdominal es depresible. Cuando existe resistencia muscular, puede ser voluntaria o involuntaria. En el primer caso puede deberse a tensión nerviosa, temor a sentir dolor, frío o cosquillas. Es necesario tranquilizar al paciente y solicitarle que se relaje. El examinador debe poner su antebrazo y mano en posición horizontal, y los dedos van examinando ejerciendo una presión suave y uniforme. Se recorre el abdomen en todos sus cuadrantes teniendo presente qué se puede llegar a palpar en cada sector de acuerdo a la anatomía normal.

A continuación se efectúan una *palpación profunda* mediante la cual se identifican con más detalles las estructuras intraabdominales. Es frecuente que se pueda desencadenar una molestia al presionar sobre el ciego, colon sigmoidees o la aorta. Si se repite la palpación con más cuidado es posible que la molestia no ocurra. La palpación profunda se puede efectuar con una o las dos manos. En esto influye mucho la experiencia que el examinador se haya ido formando y finalmente lo que a él le resulte mejor.

Un examinador delicado trata de provocar el menor dolor posible, sin perder información necesaria para el diagnóstico.

Si se siente una masa, se debe precisar:

- *localización*
- *tamaño*
- *forma*
- *consistencia*
- *si es sensible a la palpación*
- *si tiene latido*
- *si se desplaza al palparla o con la respiración*
- *si forma parte de una víscera*

Finalmente, con la información recogida, se trata de interpretar a qué corresponde: ¿una vesícula inflamada? ¿un globo vesical? ¿una esplenomegalia? ¿un aneurisma de la aorta? etc.

Examen del bazo: vísceras

El bazo también se explora mediante la percusión y la palpación. Se encuentra bajo la parrilla costal, entre la 6ª y la 10ª costilla, a nivel de la línea medio axilar, en una posición oblicua. Lo habitual es pedir al paciente que respire profundo e ir al encuentro del polo inferior con la punta de los dedos (con la inspiración se contrae el diafragma y el bazo desciende). Normalmente no se palpa en adultos, salvo excepciones. Esto hace que cuando es posible palpar el polo inferior se piense que existe una *esplenomegalia*. En distintas condiciones se puede

presentar un bazo grande: hipertensión portal (que determina una congestión venosa), tumores (ej.: linfoma, leucemia mieloide crónica), infecciones (ej.: endocarditis bacteriana, fiebre tifoidea), hemólisis crónicas, etc

Cuando no es posible palpar el polo inferior, se puede recurrir a la percusión del “área esplénica” a nivel de la línea medio axilar, percutiendo un poco por delante y por detrás, en la región costal baja. Si se pesquiza una matidez que se proyecta por delante de la línea axilar anterior, se estima que el bazo puede estar grande. Indudablemente si se palpa el borde inferior es más confiable como signo de esplenomegalia que la percusión.

Si el bazo no se logra palpar en decúbito dorsal, se puede recurrir a poner al paciente en decúbito lateral derecho (se le pide que flecte un poco su pierna izquierda y relaje la pared abdominal). En esa posición (conocida como posición de Shuster), y ubicándose por detrás del enfermo, se intenta “engancha” el polo inferior del bazo durante una inspiración profunda.