



Nombre del alumno:

Monica yakelin sanchez lucas

Nombre del profesor:

Rubén Eduardo Domínguez García

carrera:

licenciatura en enfermería

materia:

enfermería medico quirúrgica 11

Nombre del trabajo:

Alteraciones del esófago, Alteración de cavidad gástrica, Alteraciones del hígado y vías biliares

frontera comalapa, Chiapas a 05 de julio del 2020.

Alteraciones del esófago

El esófago es el tubo hueco que comunica la garganta (faringe) con el estómago. La comida no sólo baja por el esófago hacia el interior del estómago. Las paredes del esófago impulsan los alimentos hacia el estómago por medio de ondas rítmicas de contracciones musculares, llamadas peristaltismo. Justo por debajo de la unión de la garganta con el esófago hay una banda muscular denominada esfínter esofágico superior. Ligeramente por encima de la unión del esófago con el estómago, existe otra banda muscular denominada esfínter esofágico inferior. Cuando el esófago está en reposo, estos esfínteres se cierran de manera que los alimentos y el ácido gástrico no refluyan a través del esófago desde el estómago hacia la boca. Durante la deglución, los esfínteres se abren para permitir el acceso de los alimentos al interior del estómago. Al envejecer, la fuerza de las contracciones esofágicas y la presión en los esfínteres disminuyen. Esta alteración hace que las personas mayores sean más propensas a sufrir reflujo del ácido del estómago (enfermedad por reflujo gastroesofágico o ERGE), especialmente cuando se está acostado después de comer. dos de los síntomas que se dan con mayor frecuencia en los trastornos esofágicos son la disfagia (sensación de dificultad para tragar) y dolor en el pecho o la espalda. La disfagia y el dolor en el pecho o la espalda pueden aparecer en cualquier trastorno esofágico, siendo el más grave de ellos el cáncer de esófago. Cuando una persona traga, el alimento pasa de la boca a la garganta, también llamada faringe. El esfínter esofágico superior se abre para que la comida pueda entrar en el esófago, donde se producen ondas de contracciones musculares, el llamado peristaltismo, que propulsan los alimentos hacia abajo. A continuación, el alimento pasa a través del esfínter esofágico inferior y entra en el estómago incluyen una serie de situaciones clínicas cuyos síntomas, especialmente la disfagia y el dolor torácico, se sospecha que tienen un origen esofágico y están relacionados con disfunciones de los esfínteres y/o alteraciones en la perístasis del esófago. La mayoría de estos trastornos se localizan en los dos tercios inferiores del esófago (musculatura lisa), siendo infrecuentes los del tercio superior (musculatura esquelética). Existen diversas clasificaciones de estos trastornos. De todas ellas, probablemente la más útil desde el punto de vista práctico sea la que distingue entre trastornos motores primarios y secundarios. Estos últimos se producen en el contexto de enfermedades sistémicas como la diabetes, enfermedades del tejido conectivo, dermatomiositis, esclerodermia, amiloidosis, alcoholismo, enfermedad de Chagas y neoplasias (generalmente de esófago y estómago). La enfermedad por reflujo gastroesofágico es la situación clínica que con mayor frecuencia se asocia a alteraciones motoras del esófago. En todas estas enfermedades el trastorno motor del esófago es consecuencia de la enfermedad de base (neuropatía autonómica en la diabetes, reemplazamiento del músculo liso por

tejido conectivo en la esclerodermia, irritación de la mucosa esofágica y cambios inflamatorios provocados por el reflujo en la enfermedad por reflujo gastroesofágico, etc.). La historia clínica sigue siendo un elemento central para la valoración de los síntomas esofágicos. Una anamnesis clínica exhaustiva en muchas ocasiones agiliza el tratamiento. Entre los detalles importantes, se encuentran la ganancia o la pérdida de peso, la hemorragia de tubo digestivo y los hábitos alimentarios, que incluyen el horario de consumo de alimentos, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Los síntomas esofágicos principales son pirosis, regurgitación, dolor torácico, disfagia, odinofagia y sensación de distensión. La pirosis (aguras) es el síntoma esofágico más frecuente y se caracteriza por un malestar o sensación ardorosa retroesternal que tiene origen en el epigastrio y puede irradiarse hacia el cuello. La pirosis es un síntoma intermitente, que se experimenta con más frecuencia después de comer, durante el ejercicio y al mantenerse recostado en decúbito. El malestar se alivia al beber agua o tomar un antiácido, pero puede presentarse con frecuencia e interferir con las actividades normales, inclusive el sueño. La relación entre la pirosis y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la regurgitación es el retorno sin esfuerzo de los alimentos o los líquidos hacia la faringe, sin acompañarse de náusea o arqueo. Los pacientes refieren la presencia de un líquido ácido o que genera ardor en la garganta o la boca, que también puede contener partículas de alimento no digerido. La flexión, los eructos o las maniobras que incrementan la presión intraabdominal pueden generar regurgitación. El médico necesita discriminar entre regurgitación, vómito y rumiación. Al vómito lo precede la náusea y lo acompaña el arqueo. La rumiación es un comportamiento en el que se regurgita el alimento deglutido de forma reciente y luego vuelve a deglutirse de manera repetida, hasta por una hora. Si bien hay cierto vínculo entre la rumiación y el retraso mental, el comportamiento también se observa en individuos, "A pesar de que el esófago no tiene una función digestiva especial, debido a su ubicación en el interior de la caja torácica, y en íntima relación con estructuras vitales, cualquier problema serio del esófago puede tener consecuencias muy graves para el paciente", advierte el digestivo.

Uno de los principales trastornos es la Enfermedad por reflujo gastroesofágico o ERGE. Hay ciertos hábitos que se ha demostrado que empeoran tanto la frecuencia como la gravedad de los síntomas, como son el comer rápido y de manera abundante, el sobrepeso, el consumo excesivo de grasas, el fumar y el consumo de alcohol, principalmente. "Medicamente solemos denominarla 'esofagitis péptica', es decir, una inflamación del esófago por exposición al ácido. Muchas personas la identifican también con la denominada 'hernia de hiato', que es una entidad que condiciona la aparición y/o empeoramiento del reflujo. Puede variar desde inflamación leve con síntomas esporádicos, fácilmente tratables con antiácidos y cambios de hábitos de vida, hasta la formación de úlceras, hemorragia, estrechamiento del esófago y/o esófago de Barrett", agrega, Otro de los principales problemas, y el más grave, que afecta al esófago es el cáncer. Hay principalmente dos tipos: El carcinoma escamoso, localizado en el tercio proximal y medio del esófago, que se relaciona de manera directa con el hábito tabáquico; y el adenocarcinoma, localizado en los cardias, y relacionado en parte con el reflujo crónico, que puede

provocar un esófago de Barrett, que a largo plazo es un factor de riesgo para este tipo de cáncer. Además, el tabaco también está relacionado con este último tipo de cáncer, Hernia de hiato: Consiste en el desplazamiento del estómago hacia la cavidad torácica a través del hiato diafragmático. El síntoma más frecuente es la presencia de reflujo gastroesofágico. Cuando la hernia es muy voluminosa, es decir, mucho estómago ha subido al tórax, puede provocar dificultad para que pasen los alimentos al estómago provocando dolor, llenado precoz, y sensación de stop. En estos casos, el tratamiento suele ser quirúrgico si los síntomas son muy intensos y limita, esófago de Barrett: Relacionado con la presencia de reflujo gastroesofágico intenso y persistente durante años, y sin tratamiento adecuado. Consiste en el reemplazo de la mucosa normal del esófago por un tipo de mucosa distinta, que soporta mejor la exposición al ácido; que se denomina 'metaplasia esteroide'. Es un fenómeno adaptativo para evitar el daño por el ácido, pero al haber un cambio de la mucosa e inflamación persistente por la exposición al ácido, puede degenerar con el paso de los años hacia cáncer de esófago (adenocarcinoma).

enfermedades infecciosas: Más frecuentemente producidas por virus (virus herpes simple y citomegalovirus principalmente), o por hongos (cándida), se suelen asociar a estados de inmunosupresión.

Trastornos motores esofágico: Es un conjunto de enfermedades con distintas características dependiendo de la alteración motora predominante. Las más comunes son la Achlasia y el espasmo esofágico difuso, esofagitis eosinofílica: Trastorno emergente en los últimos años que consiste en la inflamación del esófago por el depósito de un tipo de células de la sangre denominadas 'eosinófilos', implicadas en la respuesta alérgica (hipersensibilidad) del organismo. Esta inflamación provoca rigidez, estrechamiento, y alteraciones motoras del esófago. Los síntomas principales son el dolor torácico y la disfagia (dificultad para la deglución) con presencia frecuente de impactaciones alimentarias. El esófago de Barret es una patología considerada de alto riesgo, por lo que debe ser evaluada exhaustivamente y realizarse un seguimiento para definir cambios que sean considerados como facto-res de riesgo. Debe erradicarse el *Helicobacter pylori* en esófago de Barret para evitar los cambios histológicos que la presencia de la bacteria conlleva de por sí. Es conveniente evaluar la calidad de mucina y cambios de displasia y metaplasma como factores de riesgo. Dado el importante papel patogénico atribuido a las relajaciones transitorias del EEI en la ERGE parece lógico dirigir los esfuerzos al desarrollo de fármacos capaces de reducir la frecuencia y duración de estos episodios. Si bien se han ensayado varias drogas como baclofén, loxiglumide y otras³⁴ que han mostrado su capacidad de reducir el número de relajaciones transitorias y por tanto el número de episodios de reflujo, su eficacia en el control de los síntomas no ha sido demostrada. Por ello, el enfoque terapéutico actual se dirige preferentemente a recuperar el equilibrio entre factores agresivos y defensivos al nivel de la mucosa esofágica, modificando la composición del material refluido desde el estómago y reduciendo la exposición de le esófago al ácido. Los fármacos actualmente utilizados en el tratamiento del reflujo se encuadran en tres grupos terapéuticos: antiácidos, procinéticos y anti secretores

Alteración de cavidad gástrica

El estómago es el segmento del tracto gastrointestinal donde tienen inicio las principales funciones de secreción y digestión del tubo digestivo.

Fisiopatología, Sin embargo, la función gástrica más crítica e importante en la fisiología digestiva está dada por su actividad motora, que permite el almacenaje, el inicio del proceso de trituración, digestión y vaciamiento/progresión del alimento al resto de tracto digestivo. Alteraciones en este complejo proceso de coordinación pueden conducir a modificaciones en el vaciamiento gástrico.

Gastroparesia, Aunque existen patologías en las que tiene lugar una aceleración del vaciamiento gástrico, la disfunción motora por retardo es la que predomina y, por este motivo, es la que ocupa gran parte de esta revisión. Siguiendo estos síntomas, describiremos las patologías más frecuentes mediante un esquema en el que se expondrá la clínica, la edad más frecuente de presentación, la forma adecuada de realizar un diagnóstico correcto con los posibles diagnósticos diferenciales, su tratamiento y en algunos casos las consideraciones especiales que cada patología merezca. Los principales portales de ingreso de patógenos son la piel, el epitelio gastrointestinal, el respiratorio y el tracto urogenital. El epitelio gástrico no es una barrera estática, existe una comunicación compleja y dinámica entre los patógenos y el mismo. Dentro de los factores nocivos endógenos están el HCl, el pepsinógeno, la pepsina y sales biliares; extrínsecos tenemos medicamentos, alcohol y bacterias

El sistema de defensa de la mucosa se puede dividir en tres niveles: preepitelial, epitelial y subepitelial. La primera línea de defensa es una capa de moco y bicarbonato que actúa como barrera fisicoquímica e impide la difusión de iones y moléculas como la pepsina. La superficie epitelial brinda su defensa mediante la producción de moco, los transportadores iónicos que mantienen el pH intracelular, la producción de bicarbonato y uniones estrechas intracelulares. Si estas células fallan, un proceso de migración regulado por los factores de crecimiento epidermal (EGF), transformador (TGF) y fibroblástico (FGF) restituirá la región dañada; cuando se regeneran las células participan el EGF y TGF- α y en la angiogénesis el FGF y el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF). El nivel subepitelial lo constituye un sistema microvascular en la capa submucosa, que suministra bicarbonato, micronutrientes y oxígeno, y además elimina productos tóxicos metabólicos. Las prostaglandinas también tienen un papel crucial como parte del sistema de defensa y reparación

Alteraciones del hígado y vías biliares

El hígado es el órgano de mayor tamaño dentro del cuerpo. Ayuda al organismo a digerir los alimentos, almacena energía y elimina toxinas. Existen muchos tipos de enfermedades hepáticas: Enfermedades causadas por virus, como la hepatitis A, la hepatitis B y la hepatitis C, Enfermedades causadas por drogas, venenos o toxinas o por ingerir demasiado alcohol. Los ejemplos incluyen enfermedad por hígado graso y cirrosis, Cáncer de hígado. Enfermedades hereditarias, como hemocromatosis y la enfermedad de Wilson, los síntomas de la enfermedad hepática pueden variar, pero a menudo incluyen hinchazón del abdomen y las piernas, tener moretones con facilidad, cambios en el color de las heces y la orina, y piel y ojos amarillentos o ictericia. A veces no hay síntomas. Las pruebas de imagen o de función hepática pueden comprobar si hay daño en el hígado o ayudar a diagnosticar enfermedades del hígado. El hígado tiene muchas funciones importantes, incluyendo la digestión de los alimentos y el procesamiento y la distribución de los nutrientes. Hay muchos tipos de enfermedades del hígado. Algunas, como la hepatitis, son causadas por virus. Otras pueden ser el resultado del consumo excesivo de alcohol o de drogas. Una lesión de larga duración o el tejido cicatricial (una cicatriz) en el hígado pueden causar cirrosis. Uno posible signo de la enfermedad del hígado es cuando la piel se pone de color amarillo, lo que se conoce como ictericia. Las enfermedades del hígado es Cirrosis, Enfermedad, Enfermedad del hígado graso no alcohólico y NASH en los niños, Hepatitis autoinmunitaria, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, viral. El hígado produce un líquido digestivo llamado bilis. La vesícula biliar almacena la bilis entre comidas. Cuando usted come, la vesícula empuja la bilis por unos tubos llamados ductos biliares. Estos transportan la bilis hasta el intestino delgado. La bilis ayuda a digerir la grasa. También ayuda al intestino a eliminar toxina y desechos. Distintas enfermedades pueden bloquear los ductos biliares y causar un problema con el flujo de la bilis: Cálculos biliares: Pueden aumentar la presión en la vesícula y causar un ataque de vesícula. El dolor puede durar de una a varias horas, Cáncer, Infecciones, Defectos congénitos, como la atresia biliar: Es la causa más común de trasplante de hígado infantil en Estados Unidos, Inflamación: Esto puede causar cicatrices. Con el tiempo, puede provocar insuficiencia hepática. Las intervenciones biliares tratan bloqueos, angostamientos y/o lesiones de los pasajes que se encuentran entre el hígado, la vesícula biliar y el intestino delgado, denominados conductos biliares. La bilis se produce en el hígado y se almacena en la vesícula biliar, de la que puede ser liberada hacia el interior del intestino delgado para ayudar durante la digestión. Si los ductos biliares se bloquean, se podría producir una inflamación o infección también conocida como colangitis esclerosante. Las intervenciones biliares pueden remover cálculos biliares, drenar el exceso de bilis, o colocar un stent dentro del conducto biliar para tratar su condición y restaurar el flujo de fluidos.

Su doctor le indicará como debe prepararse en función de su procedimiento en particular, y podría prescribirle un antibiótico. Hable con su doctor sobre cualquier enfermedad o condición médica reciente,

y sobre si tiene algún tipo de alergia, especialmente a la anestesia o a los materiales de contraste a base de yodo. Coméntele sobre cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo suplementos de hierbas y aspirina. Se le podría pedir que no coma ni beba por varias horas antes del procedimiento, y que deje de tomar aspirina o anticoagulantes durante los tres días previos a su procedimiento. Deje las joyas en casa y vista ropa suelta y cómoda. Se le podría pedir que se ponga una bata durante el examen. Pregúntele a su doctor si tendrán que internarlo en el hospital. Si no es así, debería planear que alguien lo/la lleve de vuelta a su casa.

La utilización de la CPRE constituye una manera más segura y menos invasiva de tratar las patologías de la vía biliar y páncreas. Además, su porcentaje de complicaciones demuestra ser mínimo comparado con los múltiples beneficios que este procedimiento puede brindar, principalmente en pacientes que presentan factores de riesgo para otros procedimientos o en los que aumenta la dificultad de la extracción del lito. Se evidencia que esta técnica presenta las complicaciones con mayor probabilidad cuando asocia algún factor de riesgo, siendo la pancreatitis la más común, aunque su incidencia permanece en un nivel relativamente bajo.

1. Aldama, J., García, A., González, M. & Rivera, C. (2011). Vía biliar y páncreas. *Endoscopia*, 23(3), 148-165. [[Links](#)]

2. Apollos, J. R. & Guest, R. V. (2015). Recurrent gallstone ileus due to a residual gallstone: A case report and literature review. *Int J of Surg Case Rep*, 13, 12-14. [[Links](#)]

3. Basurto, X. & Robles, L. (2008). Antiinflamatorios para el cólico biliar: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos. *Gastroenterol Hepatol*, 31(1), 1-7. [[Links](#)]

4. Castellón, C. J., Del Amo, E. & Fernández, M. (2002). Coledocolitiasis: indicaciones de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiorresonancia magnética. *Cir Esp*, 71(6), 314-318. [[Links](#)]

5. Chennat, J. (2012). Indications for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Tech Gastrointest Endosc*, 14(3), 130-134. [[Links](#)]

