

**Nombre del alumno:**

Paola De Leon Tomas

**Nombre del profesor:**

Lic. Alfonso Velasquez Perez

**Licenciatura:**

Enfermería

**Materia:**

Enfermería medico quirúrgico

**Nombre del trabajo:**

Ensayo del tema:

“alteraciones de la cavidad gástrica”

## ALTERACIONES DE LA CAVIDAD GÁSTRICA

El estómago es una dilatación del aparato gastrointestinal, así como una continuación del esófago, que se conecta de forma distal con el duodeno; su extensión en general abarca desde la 10ª vértebra dorsal hasta la 1ª lumbar. Desde el punto de vista topográfico se reconocen cuatro regiones.

La pared del estómago tiene cuatro capas desde la luz: mucosa, submucosa, muscular propia y serosa. La mucosa es la capa funcional secretora del estómago, la submucosa posee tejido conectivo, colágeno y fibras de elastina y la muscular propia tres capas de músculo diferenciadas por su distribución (interna oblicua, media circular y externa longitudinal) y, por último, la capa serosa se continúa con el peritoneo visceral.

El estómago realiza funciones motoras y digestivas al triturar, mezclar y vaciar al duodeno, que se prepara para su absorción en el intestino delgado. La función motora gástrica se deriva de las tres capas de músculo y su distribución (interna oblicua, media circular y externa longitudinal). Desde el punto de vista anatómico, el estómago posee variabilidad. En cuanto a las funciones motoras, se divide en tres regiones:

- **Estómago proximal (cardias, fondo y cuerpo proximal):** se encarga de recibir el alimento proveniente del esófago, almacenarlo y distribuirlo para el siguiente paso.
- **Estómago distal (cuerpo distal, antro):** debido a la presencia de contracciones especializadas, su función es triturar, mezclar y conferirle propulsión al alimento.
- **Píloro:** mantiene un tono adecuado para contribuir a la trituración del alimento, de tal modo que es posible el paso de partículas pequeñas (< 1 mm) de alimento al duodeno.

El estómago participa en la digestión al mezclar el alimento con el ácido y pepsina para iniciar la proteólisis. Otras funciones gástricas son la secreción del factor intrínseco por una subpoblación de células parietales, esencial para la absorción de la vitamina B12 en el íleon distal, así como la esterilización del tubo digestivo alto por medio del ácido gástrico.

No existe ningún signo o síntoma propio de las enfermedades gastroduodenales; en consecuencia, la semiología adecuada y la conjunción de dos o más sirven para sospechar o establecer el diagnóstico de enfermedad gastroduodenal.

- El dolor abdominal en la región epigástrica es el síntoma más común y se presenta en enfermedades como dispepsia y úlcera péptica; es inespecífico, ya que se presenta en otros trastornos gastrointestinales y extragastrointestinales.
- Náusea y vómito son los síntomas más inespecíficos identificados en las afecciones gastroduodenales.
- La distensión abdominal y la plenitud posprandial se relacionan la mayor parte de las ocasiones con problemas funcionales gastroduodenales.

- La hematemesis en posos de café corresponde a la presencia de un sangrado en el tubo digestivo alto, sin ser específico de enfermedades gastroduodenales, ya que una buena porción se debe a la presencia de várices esofágicas; algunas veces, en virtud de la intensidad de sangrados gastroduodenales, puede presentarse en la forma de hematemesis de tono rojo brillante.
- La melena corresponde también a sangrados del tubo digestivo alto y en ocasiones estos sangrados, sea por su intensidad o por un tránsito intestinal acelerado, se manifiestan como hematoquecia.

El dolor abdominal es el síntoma principal en pacientes con úlcera péptica, aunque algunas veces se puede presentar de manera asintomática; es común en adultos mayores o en individuos que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (10%) por el efecto analgésico. No existe relación del pH con la presencia o intensidad del dolor; pueden intervenir otros factores como la secreción de pepsina y ácidos biliares y las alteraciones de la motilidad.

El dolor se presenta en el epigastrio, sin irradiaciones, de tipo quemante o urente.

En la úlcera gástrica, el dolor epigástrico se presenta luego de la ingestión de alimentos, en comparación con la úlcera duodenal en la que aparece 2 a 3 h después de los alimentos y cede con la ingestión de alimentos y antiácidos. El dolor epigástrico en la úlcera duodenal puede despertar al paciente en la madrugada, de modo más frecuente que en la úlcera gástrica. Otro dato acompañante es la pérdida de peso, que es mayor en la úlcera péptica por la relación de dolor con la ingestión de alimentos; en la úlcera duodenal aparece con frecuencia y en algunos pacientes se han descrito hiperfagia y aumento de peso debido a que el alimento alivia los síntomas.

La sensibilidad y la especificidad del dolor epigástrico para la úlcera péptica son bajas. El diagnóstico diferencial del síndrome ulceroso incluye la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), pancreatitis, colecistitis, insuficiencia vascular mesentérica, causas cardiacas y pulmonares y síndrome dispéptico, aunque en este último hay una relación con la úlcera péptica en 30%.

No existe una relación clara entre la presencia de inflamación microscópica (gastritis histológica) y los síntomas gástricos (dolor epigástrico, náusea, vómito o hemorragia).

La mayoría de los pacientes con gastritis demostrada de manera histológica es asintomática y tiene datos endoscópicos normales. Es preciso obtener una biopsia gástrica para determinar el diagnóstico de gastritis. Cada biopsia representa una oportunidad para el médico y patólogo de correlacionar datos clínicos, endoscópicos e histopatológicos.

Las indicaciones de biopsias endoscópicas incluyen erosión gástrica o úlcera, engrosamiento de pliegues, pólipos, masas y detección de *Helicobacter pylori*.

El protocolo de biopsias incluye antro, curvaturas menor y mayor, así como incisura para identificar *Helicobacter pylori*. Asimismo, biopsia del cuerpo y antro para el diagnóstico de gastritis atrófica.

Pruebas de vaciamiento gástrico con radioisótopos

El estudio del vaciamiento gástrico por radioisótopos es una herramienta útil para valorar la fisiología gástrica en pacientes sanos y enfermos. Una gran ventaja es que no son invasivos, no interfieren con el proceso fisiológico de la digestión y representan escasa exposición a la radiación.

Bibliografía:

- **GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA- Diego Garcia-Compean. Hector J. Maldonado Garza**