



Nombre del alumno:

Luisa Ariana Velázquez Velázquez

Nombre del profesor:

Lic. Alfonso Velázquez Pérez

Materia:

Enfermería medico quirúrgico II

Cuatrimestre: grupo(A) I

6to cuatrimestre “enfermería”

Semiescolarizado

Frontera Comalapa Chiapas 19/07/20

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD GASTRICA

En la patología quirúrgica digestiva nos encontramos fundamentalmente con tres guías: el dolor abdominal, las alteraciones del tránsito y el sangrado. En varias patologías podrá presentarse más de un signo. La cavidad abdominal es el espacio que contiene los órganos digestivos.

Esta limitada por la pared abdominal en la parte anterior compuesto por capas de la piel, grasa, músculo y tejido conjuntivo, la columna vertebral en la posterior, el diafragma en la superior y los órganos pélvicos en la inferior. Está cubierta al igual que la superficie externa de los órganos digestivos, por una membrana llamada peritoneo.

Los factores psicológicos influyen muchos en las contracciones del intestino. Las secreciones de enzimas digestivas y otras funciones del aparato digestivo. Incluso la susceptibilidad a infecciones, que conducen a diversos trastornos digestivos, estas fuertemente influenciada por el cerebro.

Por ejemplo, las enfermedades de larga duración o recurrentes como el síndrome del intestino irritable o el colon irritable, la colitis ulcerosa y otras enfermedades dolorosas que afectan a las emociones, la conducta y la actividad diaria. Ésta asociación de doble sentido se ha denominado eje cerebro-intestinal.

El estómago secreta agua, electrolitos (H^+ , K^+ , Na^+ , Cl^- , HCO_3^-), enzimas como pepsina gástrica y diferentes glicoproteínas, incluyendo factor intrínseco y mucinas. Existen además otros compuestos secretados en cantidades mucho menores como cinc, hierro, calcio y magnesio. Los principales estimuladores de la secreción ácida gástrica son la acetilcolina, la gastrina y la histamina. La gastrina es el estimulante más potente de la secreción gástrica y es hormona segregada por las células G situadas en el bulbo duodenal.

Tras su unión a los receptores específicos de las células parietales receptor de gastrina, la colecistina produce una bomba de protones que es una H^+/K^+ ATPase utilizando calcio iónico como segundo mensajero.

La inhibición de esta enzima por benzimidazoles, bloquea la secreción gástrica de ácido. Este es el fundamento de la administración de inhibidores de protones IBP para el control de la secreción ácida gástrica con fines terapéuticos y de gastroprotección. Y provoca estímulos de la secreción gástrica al actuar sobre receptores muscarínicos M_3 de las células parietales movilizando el calcio intracelular. Los cuerpos celulares de las neuronas colinérgicas están inervados por fibras vegetales pre ganglionares y también por otras neuronas entéricas implicadas en los reflejos locales. La acetilcolina también puede estimular la secreción gástrica de manera indirecta al estimular la secreción de gastrina de manera indirecta a demás sensibiliza la célula parietal a los efectos de la histamina.

Hay otros agentes implicados en esta vía como es el neuropéptido GRP, que parece ser un neurotransmisor en la vía colinérgica vagar a las células parietales

La histamina es otro factor estimulador que es liberado por las células enterocromafines ECL de la mucosa oxintica y los mastocitos. Las células ECL a su vez, pueden ser estimuladas por acetilcolina, gastrina y colecistocinina, mientras que son inhibidas por la somatostatina.

La inhibición de la secreción ácida se produce fundamentalmente a dos niveles, gástrico e intestinal. La inhibición de la secreción ácida se produce a dos niveles, gástrica e intestinal. La inhibición gástrica sucede cuando el pH antral descendiente por debajo de 2.5. La inhibición intestinal depende de las enterogastronas que se libera en respuesta a la presencia de diferentes sustancias. La úlcera péptica es un detector de la mucosa gastrointestinal que se extiende más allá de la muscularis mucosa y que permanece como consecuencia de la actividad ácido-péptica.

Se localiza principalmente en el bulbo duodenal y el estómago raramente en el tercio inferior esofágico, duodeno distal o en lugares donde existe mucosa gástrica ectópica, como sucede en el divertículo de Meckel. La acetilcolina se libera por los nervios pos ganglionares, cuyos cuerpos celulares se encuentran en el plexo submucoso de Meissner, y provoca estímulos de la secreción gástrica al actuar sobre los receptores muscarínicos de las células parietales movilizando el calcio intracelular, los cuerpos celulares de las neuronas colinérgicas están inervados por fibras vágales pre ganglionares y también por otras neuronas entéricas implicadas en reflejos.

Las dos causas más frecuentes de esta enfermedad son la infección por *H. pylori* y el consumo de AINE, incluido el ácido acetilsalicílico sin embargo existen otras causas menos frecuentes que pueden producir una UP. El tabaco y el grupo sanguíneo O se consideran factores de riesgo para desarrollar una enfermedad ulcerosa. Aunque el tabaco no puede ser considerado como un factor etiológico primario de la UP, esta enfermedad es dos veces más frecuente en fumadores.

Además, el tabaco retrasa la cicatrización, favorece las recidivas e incrementa las complicaciones. Se han descrito también factores genéticos con una agregación familiar de la enfermedad ulcerosa péptica. No existen datos epidemiológicos ni experimentales que demuestren relación alguna entre cualquier tipo de dieta o consumo de alcohol y de café con la UP. La teoría de que los pacientes con problemas psíquicos crónicos desarrollan úlceras nunca ha sido confirmada, aunque si es posible de los factores psicosociales influyan en la percepción de los síntomas. Diversas enfermedades se asocian con más frecuencia con UP por reflujo gastroesofágico, esófago de Barrett, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cirrosis, insuficiencia renal, mientras que en otras situaciones la incidencia de esta enfermedad es menor que la gastritis atrófica tipo A, enfermedad de Addison, tiroiditis autoinmune, hipoparatiroidismo.

La generalización de la endoscopia como herramienta diagnóstica ha supuesto que apenas se utiliza en otras técnicas como la radiología o técnica de provocación. La endoscopia permite además de obtener biopsias que hacen posible el diagnóstico etiológico de otras patologías como tumores o diagnosticar la infección por *H. pylori*. A pesar de esta prueba permite una visión clara de la morfología, tamaño y profundidad de las lesiones malignas ofrece un aspecto endoscópico de benignidad. Se plantean algoritmos útiles para la hemorragia digestiva alta y baja como para el abdomen agudo. pondremos ingestión de cuerpo extraño y cáusticos, esofagitis, acalasia, hernia de hiato, enfermedad por reflujo gastroesofágico, bezoares, estenosis hipertrófica del píloro, litiasis biliar, divertículo de Meckel un planteamiento general

de la hemorragia digestiva y del abdomen agudo, apendicitis, pólipos, invaginación intestinal, enfermedad de hirschsprung , figuras y fistulas anales y prolapso rectal entre otro.