



ESCUELA DE
MEDICINA
U D S

NOMBRE: Oliver Faustino Paredes Morataya

DOCENTE: Dr. Miguel Basilio Robledo

MATERIA: Fisiopatología II

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO.

ELABORADO POR:
OLIVER PAREDES

FISIOPATOLOGÍA

SE REFIERE A

fenómeno fisiológico que acontece principalmente en los períodos posprandiales por relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), inducida por la distensión de la cámara gástrica.

EL REFLUJO ACIDO FISIOLÓGICO ES COMPENSADO POR EL PH BASICO DE LA SALIVA DEGLUTIDA Y POR EL PERISTALTISMO DISTAL ESOFAGICO

QUE ACELERA EL ACLARAMIENTO DEL MATERIAL REFLUIDO, SIN PRODUCIR SINTOMAS NI LESIONES.

DEFINICIÓN

SE REFIERE A

Condición patológica que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones.

SÍNTOMAS

SÍNTOMAS DIGESTIVOS (O TÍPICOS) - REGURGITACIONES - VOMITO - DISFAGIA - PIROSIS - HEMATEMESIS - DISPEPSIA

SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS - APNEA - IRRITABILIDAD - CIANOSIS - ASPIRACION PULMONAR - ESTRIDOR - TOS CRÓNICA - FALLA DE CRECIMIENTO - DIFICULTAD PARA LA ALIMENTACION O DEGLUCION

SÍNTOMAS

SE REFIERE A

Los síntomas principales del reflujo gastroesofágico son la pirosis retroesternal, la regurgitación ácida y la disfagia..

POCO CARACTERÍSTICOS

COMO DOLOR TORACICO DE ORIGEN NO CARDIOLOGICO, LARINGITIS

TOS CRÓNICA (DEBIDA A MICROASPIRACIONES Y BRONCOCONSTRICCION MEDIADA POR REFLEJO VAGAL) Y ALTERACIONES DEL ESMALTE DENTAL

DIAGNÓSTICO

SE REFIERE A

El diagnóstico de la ERGE es fundamentalmente clínico. Se puede establecer a partir de la presencia de síntomas compatibles (pirosis y/o regurgitación ácida)

LOS QUE SE PAUTARA UN TRATAMIENTO EMPIRICO CON ANTIACIDOS O IBP

LA REMISION DE SINTOMAS PRESUMIBLEMENTE RELACIONADOS CON ERGE

PIROSIS, TOS, DISFONIA

IBP CONSTITUYE EN LA ACTUALIDAD UN CRITERIO DIAGNOSTICO DE ERGE.

TRATAMIENTO

SE REFIERE A

Los objetivos principales del tratamiento son la remisión de los síntomas, la curación de las lesiones esofágicas y el control ulterior de la exposición ácida esofágica en pacientes con ERGE complicada (esofagitis péptica, estenosis esofágica, esófago de Barrett).

MEDIDAS HIGIENICAS, DIETETICAS Y POSTURALES

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

SE REFIERE A

La piedra angular del tratamiento farmacológico de la ERGE son los IBP, con una eficacia hoy en día comparable a la de la cirugía antirreflujo.

MEDICAMENTOS

OMEPRAZOL 20MGR DOSIS 20 MGRS

ESOMEPRAZOL 40MGR DOSIS DE 40 MGRS DIA

QUIRURGICO

• **CUADRO 15-1** Indicaciones para la realización de endoscopia digestiva alta, pH-metría ambulatoria de 24 h y pH-metría combinada con impedanciometría en pacientes con síntomas sugestivos de enfermedad por reflujo gastroesofágico

Endoscopia digestiva alta

Presencia de síntomas de alarma (disfagia, anemia, pérdida de peso, vómitos)

Ausencia de respuesta a tratamiento con dosis plenas de IBP

Estudio previo a cirugía antirreflujo

pH-metría ambulatoria 24 h

Documentar la existencia de reflujo ácido patológico en pacientes con *síntomas típicos de ERGE y endoscopia normal, que no responden a tratamiento con IBP*

Documentar la existencia de reflujo ácido patológico en pacientes con *síntomas típicos de ERGE y endoscopia normal respondedores a IBP, en el estudio previo a cirugía antirreflujo*

Documentar la existencia de reflujo ácido patológico en pacientes con *síntomas típicos de ERGE después de una cirugía antirreflujo*

Documentar la existencia de reflujo ácido patológico en pacientes con *síntomas atípicos de ERGE (dolor torácico, asma, tos) que no responden a tratamiento con IBP*

Documentar la eficacia del tratamiento con IBP en pacientes con *lesiones por ERGE (esofagitis por reflujo grave, esófago de Barrett)*

pH-metría e impedanciometría

Documentar la existencia de reflujo patológico no ácido y su correlación con los síntomas, en pacientes con *síntomas atribuidos a ERGE y pH-metría normal o mínimamente alterada*

BORSTNAR, C. R., & CARDELLACH, F. (EDS.). (2016). FARRERAS ROZMAN. MEDICINA INTERNA (18A ED.). ELSEVIER.

(S/F). UQROO.MX. RECUPERADO EL 20 DE DICIEMBRE DE 2022, DE [HTTP://DCS.UQROO.MX/PAGINAS/GUIASCLINICAS/GPC/DOCS/ISSSTE-254-12-ER.PDF](http://DCS.UQROO.MX/PAGINAS/GUIASCLINICAS/GPC/DOCS/ISSSTE-254-12-ER.PDF)

GASTRITIS AGUDA - CRÓNICA.

GASTRITIS AGUDAS

POR *HELICOBACTER
PYLORI*

En la infección aguda por *H. pylori*, la sintomatología es inespecífica, por lo que raramente se llega al diagnóstico.

LA INFECCIÓN AGUDA A TRAVÉS DE LOS CASOS DE INFECCIÓN ACCIDENTAL O DE VOLUNTARIOS AUTOINFECTADOS.

EL CUADRO CLÍNICO CONSISTE EN DOLOR EPIGÁSTRICO Y NÁUSEAS.

SE RECUPERA EN UNOS 3-4 MESES. TRAS EL EPISODIO AGUDO, EN GENERAL, EL CUADRO EVOLUCIONA A LA INFECCIÓN CRÓNICA POR *H. PYLORI*.

LA ANATOMÍA PATOLÓGICA MUESTRA UNA EXTENSA INFILTRACIÓN POR NEÚTROFILOS Y SE PRODUCE UNA ABOLICIÓN

LESIONES MUCOSAS POR ESTRÉS

SE REFIERE A

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos pueden presentar úlceras o erosiones que, a menudo, son causa de hemorragia..

LOS FACTORES DE RIESGO PARA LAS LESIONES AGUDAS POR ESTRÉS SON COAGULOPATÍA Y LA VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA.

LA ETIOPATOGENIA ES MULTIFACTORIAL Y COMBINA LA HIPERSECRECIÓN GÁSTRICA DE ÁCIDO, ESPECIALMENTE EN QUEMADOS (ÚLCERA DE CURLING) O CON TRAUMATISMO CEREBRAL (ÚLCERA DE CUSHING)

AINES

SE REFIERE A

Junto con la infección por *H. pylori*, es una de las causas principales de lesión gastroduodenal

ENTRE ELLOS, ADEMÁS DE LOS AINE, FIGURAN EL AAS, EL ALCOHOL, LA COCAÍNA, EL ESTRÉS, LA RADIACIÓN, EL RÉFLUJO BILIAR

Gastritis y gastropatías agudas

Infección aguda por *H. pylori*

Lesiones mucosas por estrés

Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos

Otras gastritis/gastropatías agudas

Gastritis aguda

Vírica

Citomegalovirus

Virus del herpes

Bacteriana

Gastritis flemonosa

Gastritis aguda necrosante

Mycobacterium tuberculosis

Mycobacterium avium-intracellulare

Tropheryma whippelii

Actinomicosis

Sífilis

Fúngica

Candida spp.

Histoplasma capsulatum

Parásitos

Anisakis

Strongyloides stercoralis

Cryptosporidium

Áscaris

Gastropatías

AAS

Alcohol

Cocaína

Cáusticos

Radiación

Reflujo biliar

Isquemia

Bezoar

Congestión vascular

Gastropatía de la hipertensión portal

Insuficiencia cardíaca

Traumatismo local

Sonda nasogástrica

Úlceras de Cameron

GASTRITIS CRÓNICA

FORMAS COMUNES

SE REFIERE A

gastritis crónica atrófica multifocal que se relaciona con la infección por H. pylori

GASTRITIS ATROFICA CORPORAL DIFUSA, MUCHO MAS RARA Y DE PROBABLE ETIOLOGIA AUTOINMUNE.

LA INFLAMACIÓN CRÓNICA DEL ESTÓMAGO SUELE SER ASINTOMÁTICA

ENFERMEDADES RELACIONADAS: ULCERA PÉPTICA O NEOPLASIA GÁSTRICA

EN INFECCIÓN POR H. PYLORI, Y ANEMIA PERNICIOSA

GASTRITIS ATROFICA

SE REFIERE A

Es una forma poco común y representa menos del 5% de las gastritis, Se caracteriza por la destrucción, por mecanismos autoinmunes, de las glándulas del cuerpo gástrico.

H. PYLORI PODRÍA TENER UN PAPEL EN SU ETIOLOGÍA

LA MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA ANEMIA PERNICIOSA

GASTRITIS GRANULOMATOSAS

SE REFIERE A

El estómago puede verse afectado por diversas enfermedades granulomatosas.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INCLUYE ENFERMEDAD DE CRO

PATRÓN CLÍNICO (DOLOR EPIGÁSTRICO, NÁUSEAS, VÓMITOS)

LA ENFERMEDAD DE CROHN GÁSTRICA APARECE GENERALMENTE EN EL CONTEXTO DE UNA AFECCIÓN INTESTINAL EXTENSA.

GASTRITIS EOSINOFÍLICA

SE REFIERE A

inflamatorio difuso denominado gastroenteritis eosinófila y puede asociarse a otras patologías que cursan con aumento de eosinófilos.

INFILTRADOS EOSINOFILOS EN LA MUCOSA, LA MUSCULAR Y LA SEROSA.

LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES SON NÁUSEAS, VÓMITOS, SENSACIÓN DE PLENITUD POSPRANDIAL

ANEMIA CRÓNICA POR HEMORRAGIA SECUNDARIA A ULCERACIONES DE LA MUCOSA.

EL TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES

GASTRITIS COLÁGENA

SE REFIERE A

La gastritis colágena es una entidad extremadamente rara de la que se han descrito menos de 10 casos. Como en la colitis colágena o el esprúe colágeno

DEPÓSITO COLAGENO EN LA REGIÓN SUBEPITELIAL

SE MANIFIESTA COMO DOLOR ABDOMINAL O HEMORRAGIA DIGESTIVA.

ENFERMEDAD DE MENETRIER

SE REFIERE A

La enfermedad de Ménétrier, o gastropatía hipertrófica hipoproteinéica, es un trastorno adquirido raro.

POR LA PRESENCIA DE PLIEGUES GÁSTRICOS GIGANTES EN EL CUERPO Y EL FUNDUS

PRESERVACIÓN ANTRAL, DISMINUCIÓN DE LA SECRECIÓN ÁCIDA, AUMENTO DE LA PRODUCCIÓN DE MOCO GÁSTRICO E HIPOALBUMINEMIA

Formas comunes de gastritis crónicas

Gastritis crónicas asociadas a *H. pylori*

Gastritis crónica activa

Gastritis crónica atrófica multifocal

Gastritis atrófica corporal difusa

Formas infrecuentes de gastritis crónicas

Gastritis granulomatosas

Enfermedad de Crohn

Sarcoidosis

Linfoma

Enfermedad de Whipple

Histiocitosis de células de Langerhans

Vasculitis

Gastritis xantogranulomatosa

Gastritis granulomatosa idiopática

Gastritis eosinofílica

Gastritis colágena y gastritis linfocítica

Gastritis hipertróficas

Enfermedad de Ménétrier

Gastritis hipertrófica hipersecretora

Síndrome de Zollinger-Ellison



Diagnóstico Para el diagnóstico de un sangrado de tubo digestivo alto es la endoscopia (esofago-gastroduodenoscopia EGD).

PUNTAJE DE ROCKALL

	score 0	score 1	score 2	score 3
Edad	Menos de 60	60 a 79	Mayor de 80	
Choque	pulso < 100; sistólica > 100 mmHg	pulso > 100; sistólica > 100 mmHg	pulso > 100; sistólica < 100 mmHg	
Co-morbilidad	Sin co-morbilidad		Cardiopatía congestiva Cardiopatía isquémica; Otras morbilidades	Falla renal Falla hepática; Cáncer diseminado
Estigmas Endoscópicos	Ninguna, puntos negros		Sangre fresca Coagulo adherente Vaso visible	
Diagnostico	Mallory-Weiss Sin lesiones Sin estigmas	Todos los demás diagnósticos	Tumores malignos	

Tratamiento

Los inhibidores de bomba de protones son más efectivos que los bloqueadores H2 en el manejo de gastritis IHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario

Omeprazol o pantoprazol 80 mg intravenosos en bolo seguidos de infusión continua de 8 mg/h por 72 horas). El mantener el PH por arriba de 4 ayuda a restituir la mucosa gástrica

El omeprazol es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la Gastritis Aguda

Los esquemas de primera línea pueden ser triples o cuádruples (cuando se agrega una sal de bismuto). Los Basado en las tasas de éxito alcanzadas en prácticamente todas las regiones del mundo se recomienda el uso de 1 g de amoxicilina dos veces al día, 500 mg de claritromicina dos veces al día y dosis doble de un IBP durante 14 días

El esquema de segunda línea recomendado para la erradicación de helicobacter pylori es levofloxacino 500 mgs cada 24 hrs, amoxicilina 1 gr cada 12 hrs, inhibidor de bomba de protones dosis estándar cada 12 hrs por 10 a 14 días o moxifloxacino 400mg al día, amoxicilina 1 gr cada 12 hrs e inhibidor de bomba de protones cada 12 hrs

En el caso de alergia a la amoxicilina, se puede emplear como alternativa tetraciclina (500 mg cuatro veces/día) o metronidazol (250 mg cuatro veces/día)

Las sales de bismuto, en forma de subsalicilato o subcitrato, deben administrarse en cuatro tomas al día y en dosis promedio de 525 mg

Para erradicar *Helicobacter pylori* hay que utilizar antibióticos en conjunto con un inhibidor de bomba de protones a dosis y tiempos recomendados, y confirmar la erradicación de la bacteria.

Pacientes alérgicos a la penicilina la recomendación es utilizar levofloxacino 500 mgs cada 24 hrs, claritromicina 500 mgs cada 12 hrs y omeprazol 20 mgs cada 12 hrs por 10 a 14 días

Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (Eds.). (2016). Farreras Rozman. Medicina Interna (18a ed.). Elsevier.

(S/f-b). Cenetec-difusion.com. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de <http://cenetec-difusion.com/CMGPC/ISSSTE-516-11/RR.pdf>

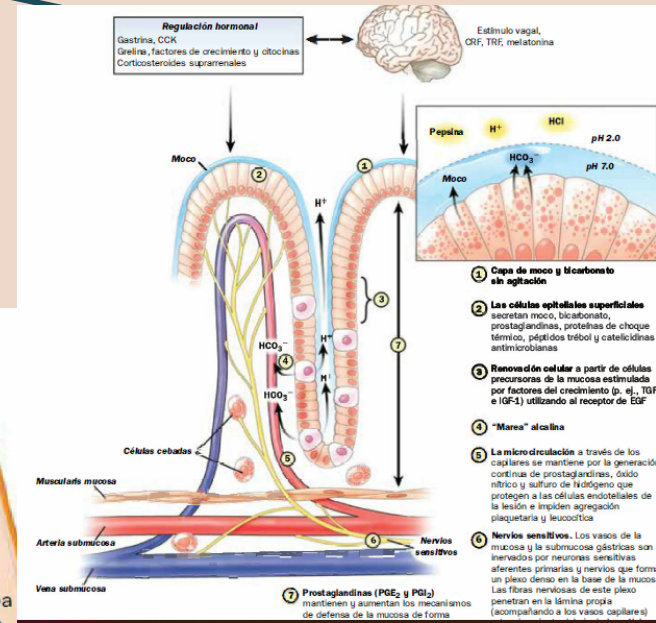
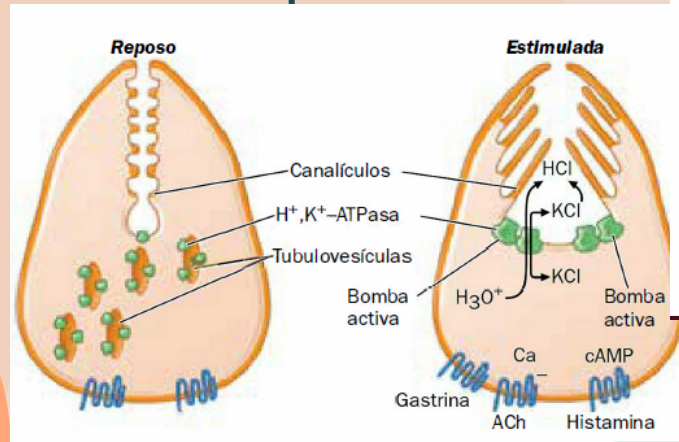
ENFERMEDAD POR ÚLCERA PÉPTICA

ÚLCERA PÉPTICA

SE REFIERE A

la pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o del duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa.

Célula parietal gástrica sometida a transformación después de ser estimulada por un secretagogo. ACh, acetilcolina; cAMP, monofosfato de adenosina cíclico.



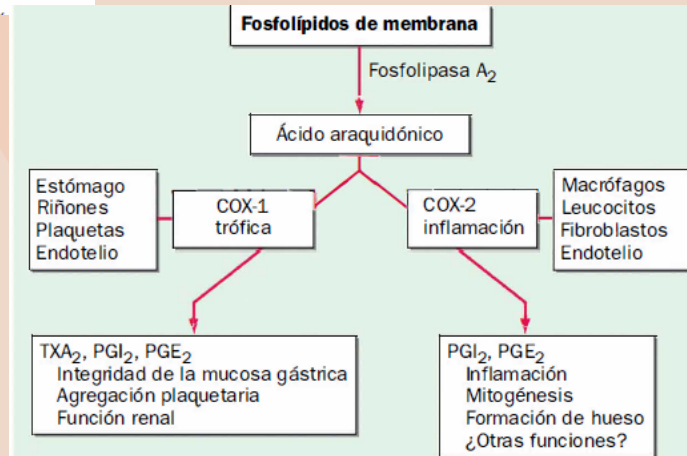
CONSECUENCIA DE UN DESEQUILIBRIO ENTRE LOS FACTORES AGRESIVOS Y DEFENSIVOS QUE REGULAN LA FUNCIÓN DE LA MUCOSA GÁSTRICA

CÉLULA OXÍNTICA, SE ENCUENTRA DE MODO HABITUAL EN EL CUELLO O ISTMO O LA GLANDULA OXÍNTICA.

LA CÉLULA PARIETAL EN REPOSO O NO ESTIMULADA MUESTRA TUBULOVESÍCULAS CITOPLÁSMICAS, PROMINENTES Y CANALÍCULOS

EL SISTEMA DE DEFENSA DE LA MUCOSA SE PUEDE VISUALIZAR COMO UNA BARRERA DE TRES NIVELES

COMPUESTA POR ELEMENTOS PREEPITELIALES, EPITELIALES Y SUBEPITELIALES



CUADRO CLÍNICO

SE REFIERE A

dolor típico se localiza en el epigastrio y suele describirse como ardor, dolor corrosivo o sensación de «hambre dolorosa».

EL DOLOR SUELE PRESENTAR UN RITMO HORARIO RELACIONADO CON LA INGESTA ALIMENTARIA.

1 Y 3 H DESPUÉS DE LAS COMIDAS Y, POR LO GENERAL, CEDE CON LA INGESTA DE ALIMENTOS O CON ALCALINOS.

EL 50%-90% DE LOS PACIENTES REFIEREN DOLOR NOCTURNO

LA ANOREXIA Y LA PÉRDIDA DE PESO NO SON INFRECIENTES.

CUADRO 317-1 Úlceras no causadas por *H. pylori* o NSAID

Patogenia de la PUD no relacionada con *H. pylori* o NSAID

Infección

- Citomegalovirus
- Virus del herpes simple
- Helicobacter heilmannii*

Toxinas o fármacos

- Bisfosfonatos
- Quimioterapia
- Clopidogrel
- Cocaína
- Glucocorticoides (cuando se combinan con NSAID)
- Micofenolato de mofetilo
- Cloruro de potasio

Diversos

- Basofilia en enfermedades mieloproliferativas
- Obstrucción duodenal (p. ej., páncreas anular)
- Enfermedades infiltrativas
- Isquemia
- Radioterapia
- Infiltración eosinófila
- Sarcoidosis
- Enfermedad de Crohn

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SE REFIERE A

La gastroduodenoscopia permite el acceso directo al esófago, el estómago y la primera porción del intestino delgado, lo que hace posible la visualización de la luz de estas estructuras.

LA GASTRODUODENOSCOPIA HA DESPLAZADO COMPLETAMENTE A LA RADIOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

EL ESTUDIO DEL QUIMISMO GÁSTRICO Y LA DETERMINACIÓN DE LA GASTRINEMIA Y DEL PEPSINOGENO SE DESCRIBIERON CON DETALLE ANTERIORMENTE

TRATAMIENTO

CUADRO 317-3 Fármacos utilizados para el tratamiento de la PUD

TIPO DE FÁRMACO O MECANISMO	EJEMPLOS	DOSIS
Fármacos supresores del ácido		
Antiácidos	Cualquier marca comercial	100 a 140 meq/L, 1 y 3 h después de las comidas y al acostarse
Antagonistas de los receptores H ₂	Cimetidina Ranitidina Famotidina Nizatidina	400 mg c/12 h 300 mg al acostarse 40 mg al acostarse 300 mg al acostarse
Inhibidores de la bomba de protones	Omeprazol Lansoprazol Rabeprazol Pantoprazol Esomeprazol Dexlansoprazol	20 mg/día 30 mg/día 20 mg/día 40 mg/día 20 mg/día 30 mg/día
Fármacos protectores de la mucosa		
Sucralfato	Sucralfato	1 g c/6 h
Análogos de prostaglandinas	Misoprostol	200 µg c/6 h
Compuestos con bismuto	Subsalicilato de bismuto (BSS)	Véanse los regímenes contra <i>H. pylori</i> (cuadro 317-4)

Tratamiento quirúrgico
El tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica ha quedado prácticamente limitado al tratamiento de urgencia ante la presentación de alguna complicación (hemorragia, perforación o estenosis).

Harrison principios de medicina interna

Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (Eds.). (2016). Farreras Rozman. Medicina Interna (18a ed.). Elsevier.

**Diagnóstico y Tratamiento de Úlcera Péptica Complicada Aguda en el Adulto.
(s/f). Gob.mx. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/169GRR.pdf>**

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

QUE ES

SE REFIERE A

supone el 20%-50% de las consultas en gastroenterología y su costo para la sociedad es enorme debido a las consultas médicas

CUADRO CLÍNICO

SE REFIERE A

síntomas gastrointestinales son: dolor abdominal crónico, hábitos intestinales alterados (diarrea o constipación o alternancia de estos), reflujo gastroesofágico, disfagia, saciedad temprana, dispepsia intermitente, náuseas, dolor precordial de origen no cardíaco, flatulencia y eructos.

TRATAMIENTO

SE REFIERE A

antiespasmódicos pueden ser utilizados como tratamiento inicial en el control de los síntomas en SII, además pueden ser acompañado de loperamida o psyllium plantago

• CUADRO 19-1 Diagnóstico del síndrome del intestino irritable*

Dolor abdominal recurrente, por lo menos 1 día a la semana como media en los últimos 3 meses, que reúne dos o más de las siguientes características:

1. Relacionado con la defecación
2. Asociado con un cambio en la frecuencia deposicional
3. Asociado con un cambio en la consistencia de las heces

Los siguientes síntomas no son esenciales, pero suelen ser frecuentes:

Frecuencia deposicional anormal (> 3 deposiciones/día o < 3 deposiciones/semana)

Forma de las heces anormal (bolas/duras o sueltas/líquidas)

Evacuación anormal (esfuerzo, urgencia o sensación de evacuación incompleta)

Evacuación de moco

Distensión abdominal

SÍNTOMAS EXTRAINTESTINALES SON:
DEPRESIÓN MAYOR, ANSIEDAD, DESORDEN SOMATOMORFO, INSOMNIO, DISFUNCIÓN SEXUAL Y DISPAREUNIA, DISMENORREA, INCREMENTO EN LA FRECUENCIA URINARIA

ANTIDEPRESIVOS (TRICÍCLICO E INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTURA DE SEROTONINA) SON EFECTIVOS EN MEJORAR LOS SÍNTOMAS GLOBALES Y REDUCIR EL DOLOR EN SII, AUNQUE LIMITADOS A LA TOLERANCIA DEL PACIENTE POR SUS EFECTOS SECUNDARIOS.

CRITERIOS DE ROMA II

- Inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.
- Dolor o molestia abdominal recurrente más de 3 días por mes en los últimos 3 meses.
- Por lo menos dos de los siguientes:
 - Mejora con la defecación.
 - Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones.
 - Se acompaña de variación de la forma de las deposiciones.

ANTIBIÓTICOS

SE REFIERE A

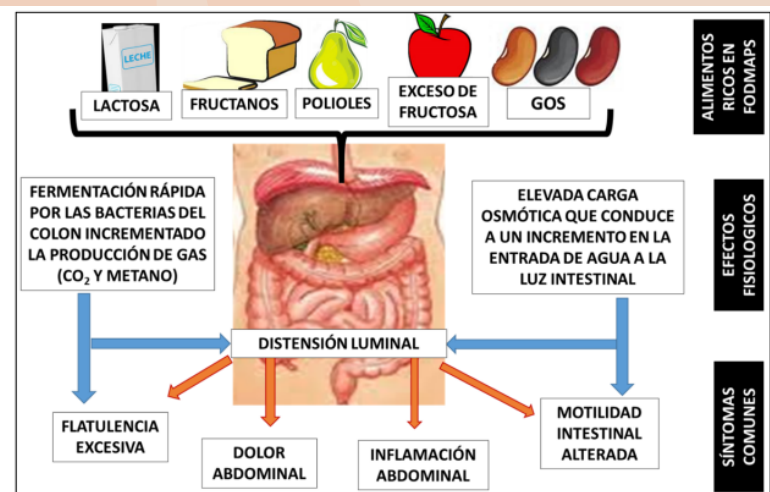
se ha demostrado mejoría de los síntomas en pacientes con SII y pueden ser utilizados en aquellos pacientes que persisten con síntomas principalmente diarrea y no tengan control adecuado con antiespasmódicos, antidiarreicos y antidepressivos.

RIFAXIMINA O
NEOMICINA POR
10 A 14 DIAS.

CUESTIONARIO
DE GRAVEDAD
DE SINDROME
DE INTESTINO
IRRITABLE

CIRTERIOS DE REFERENCIA

- Anemia sin causa aparente.
- Sangrado de tubo digestivo bajo.
- Síntomas nocturnos o progresivos.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Uso reciente de antibióticos.
- Aparición de síntomas en mayores de 50 años.
- Enfermedad inflamatoria del intestino.
- Enfermedad celiaca.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal u ovario.



*GOS: Galacto-oligo-sacaridos

EJEMPLOS DE ALIMENTOS DE BAJO Y MODERADO CONTENIDO EN FODMAPS

Frutas	Vegetales	Leche y productos derivados	Granos y cereales	Frutos secos, y semillas	Otros
Arándanos	Aceitunas	Crema	Arroz	Almendras	Aceite de oliva
Carambola	Alfalfa	Helados sin lactosa	Avena	Avellanas	Caramelo
Cerezas	Aguacate	Mantequilla	Cereales y pan sin gluten	Linaza	Concentrado de ajo
Frambuesa	Apio	Margarina	Galletas	Semillas de girasol	Jarabe de maple
Fresa	Berenjena	Leche de arroz	Maíz	Semillas de calabaza	Jengibre
Kiwi	Brócoli	Leche de avena	Mijo	Semillas de chía	Albahacar
Granada	Bulbo de hinojo	Yogurt y yogurt sin lactosa	*Todos los productos deben estar hechos a base de granos y harina sin gluten.	Semillas de sésamo	Tomillo
Melón dulce	Calabaza	Queso frescos: panela		*Es obligatorio identificar el gluten libre en los productos.	
Limón	Calabacita	Quesos blandos ejemplo: cottage, requesón, queso crema			Epazote
Lima	Cebollita	Quesos maduros ejemplo: Brie, cheddar, colby, gouda la vena azul, Edam, feta, mozzarella, parmesano			Hierba buena
Lichi	Col de brucas				Hierba stevia
Mandarina	Ejotes				Edulcorantes artificiales
Maracuyá	Espinacas				Sucralosa, Aspartame
Naranja	Germen de soya				
Papaya	Lechuga				
Plátano	Papa				
Piña	Pimienta				
Uvas	Pepino				
	Tomate				
	Nabo				
	Nopal				
	Remolacha				
	Rábano				
	Zanahoria				

Borstnar, C. R., & Cardellach, F. (Eds.). (2016). Farreras Rozman. Medicina Interna (18a ed.). Elsevier.

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/042GRR.pdf>

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON

EPIDEMIOLOGIA

SE REFIERE A

En Estados Unidos, la diverticulosis afecta a 60% de la población >60 años y hasta 30% de los individuos con enfermedad diverticular experimenta síntomas recurrentes.

LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR SE HA CONVERTIDO EN LA QUINTA ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL MÁS COSTOSA EN ESTADOS UNIDOS

ES LA PRINCIPAL INDICACION PARA ABLACION PROGRAMADA DEL COLON

LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR SE ENCUENTRA AL ALZA.

ANATOMÍA Y FISIOPATOLOGÍA

SE REFIERE A

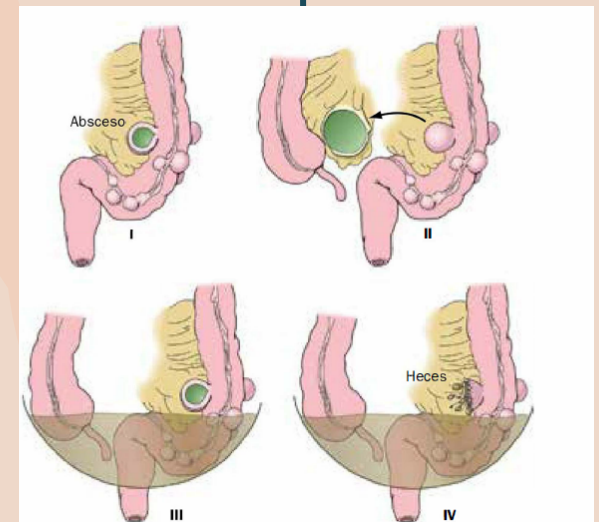
En el intestino se forman dos tipos de divertículos: verdaderos y falsos (o pseudodivertículos)..

LOS PRIMEROS SON UNA HERNIA SACCIFORME DE TODA LA PARED INTESTINAL, MIENTRAS QUE EN LOS SEGUNDOS SE PROYECTAN SÓLO LA MUCOSA Y SUBMUCOSA A TRAVÉS DE LA MUSCULAR PROPIA DEL COLON

CLASIFICACIÓN DE HINCHEY DE LAS DIVERTICULITIS. ETAPA I: DIVERTICULITIS PERFORADA CON ABSCESO PARACÓLICO TABICADO. ETAPA II: DIVERTICULITIS PERFORADA CERRADA DE MODO ESPONTÁNEO CON FORMACIÓN DISTAL DE UN ABSCESO.

Etapa III: diverticulitis perforada no comunicante, con peritonitis fecal (está obstruido el cuello del divertículo y por ello no puede expulsarse libremente el material de contraste en las imágenes radiográficas).

Etapa IV: perforación y comunicación libre con peritoneo, de la cual surge peritonitis fecal..



CUADRO INICIAL

SE REFIERE A

diverticulitis aguda no complicada (también conocida como enfermedad diverticular sintomática no complicada) se presenta de forma característica con fiebre, anorexia, dolor en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen y obstipación.

CUADRO 321-1 Presentación de la diverticulosis

Diverticulosis no complicada, 75%

Dolor abdominal
Fiebre
Leucocitosis
Anorexia/estreñimiento crónico

Diverticulosis complicada, 25%

Absceso, 16%
Perforación, 10%
Estenosis, 5%
Fístula, 2%

TRATAMIENTO

SE REFIERE A

La diverticulosis asintomática identificada en estudios de imagen o durante una colonoscopia se trata mejor mediante modificaciones de la dieta.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Los factores de riesgo preoperatorios que influyen en los índices de mortalidad posoperatorios incluyen clase más alta del estado físico en la escala de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

CUADRO 321-3 Sistema de clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists

P1	Paciente sano y normal
P2	Paciente con enfermedad sistémica poco intensa
P3	Paciente con enfermedad sistémica grave
P4	Paciente con enfermedad sistémica grave, que constituye una amenaza constante para la vida
P5	Paciente moribundo que no sobrevivirá sin la operación
P6	Paciente declarado con muerte cerebral cuyos órganos se extraen para donación

CUADRO 321-2 Uso de la fibra en el tratamiento de la enfermedad diverticular (DD)

PUBLICACIÓN, AÑO DEL ESTUDIO	PACIENTES (N)	INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL ESTUDIO	RESULTADOS
Lancet, 1977	18	Pan de trigo o salvado	3 meses	Reducción significativa de la calificación de los síntomas
BMJ, 1981	58	Salvado, psyllium, placebo	16 semanas	Sin diferencia
J Gastroenterol, 1977	30	Metilcelulosa	3 meses	Reducción significativa de los síntomas
BMJ, 2011	47 033	Vegetariano o no vegetariano	11.6 años	Los vegetarianos tienen 31% de riesgo de DD
Gastroenterology, 2012	2 104	Consumo de fibra	12 años	La fibra se relaciona con mayor riesgo de DD
Jama, 2008	47 288	Nueces, maíz, rosetas de maíz	18 años	Una dieta rica en nueces, maíz y rosetas de maíz se acompaña de un menor riesgo de recurrencias
Ann R Coll Surg Engl, 1985	56	Consumo de fibra	66 meses	La dieta rica en fibras se relaciona con reducción de 19% de la recurrencia de los síntomas

Modificado a partir de A Turis, A Papa, S Danese: Review Article: the pathophysiology and medical management of diverticulosis and diverticular disease of the colon. Aliment Pharmacol Ther 42:664, 2015.

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Enfermedad Diverticular del Colon** del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4186	Mesalazina	500 mg cada 12 horas	Tabletas	10 días	Exantema alérgico, broncoespasmo, reacción lúpica, Malestar gastrointestinal	Hipoglucémico con sulfonilureas, además de cumarínicos, metotrexate, probenecid, sulfapirozona, espironolactona	Enfermedad hepática y renal severa, úlcera gástrica activa, trastornos coagulación
5671	Rifaximina	400 mg cada 12 horas	Tabletas	10 días	Náusea, dispepsia, vómito, dolor, espasmo abdominal	No se han descrito hasta la fecha	Hipersensibilidad a algún componente o a las rifamicinas
1309 1311	Metronidazol	500 mg cada 8 horas	Intravenosa	7-10 días	Trastornos gastrointestinales (gastritis, náusea, vómito, disgeusia, boca seca y sabor metálico), cefalea y erupción cutánea transitorias	El uso concomitante de metronidazol con warfarina inhibe el metabolismo de ésta y puede ocasionar sangrados. La coadministración con disulfiram puede producir psicosis aguda o estado confusional. Con etanol se observan palpitations, taquicardia, náusea y	Hipersensibilidad a metronidazol. No administrarse con alcohol, anticoagulantes cumarínicos o disulfiram. Enfermedad orgánica del SNC, antecedente de discrasias sanguíneas o insuficiencia hepática grave

4259	Ciprofloxacino	400 mg cada 12 horas	Intravenosa	4-7 días	Náusea, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito, cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, <i>tinnitus</i> hipersensibilidad (como eritema cutáneo, prurito, fiebre); alteraciones musculares y óseas, cardiovasculares (taquicardia). La administración intravenosa podría producir flebitis, taquicardia y, ocasionalmente, migraña, debilidad, artralgias, mialgias, alteraciones sanguíneas	Los antiácidos con minerales disminuyen la absorción. Aumenta el nivel sérico de teofilina, y la vida media de eliminación de esta última, por lo que se recomienda ajustar la dosis. En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de ciprofloxacino junto con glibenclamida puede potenciar el efecto hipoglucemiante	Hipersensibilidad al ciprofloxacino o a otras quinolonas
4258	Ciprofloxacino	500 mg cada 12 horas	Cápsulas	7 días	Idem	Idem	Hipersensibilidad al ciprofloxacino o a otras quinolonas
5291 5292	Meropenem	1 g cada 8 h	Intravenosa	7 días	Constipación, diarrea, molestias en el sitio de aplicación (inflamación y tromboflebitis),	Interferencia vacunas y falta de eficacia de ésta. El probenecid alarga la vida media de eliminación del	No usar en caso de hipersensibilidad conocida a otros β-lactámicos (penicilinas,

Principios de Medicina Interna Harrison 20 edición

(S/f). Cenetec-difusion.com. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-212-09/ER.pdf>