



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del tema:

Mapa conceptual

Nombre del alumno:

Hugo de Jesús Monjaras Hidalgo

Materia:

Fisiopatología

Grado: 3

Grupo: A

Nombre del catedrático:

Dra. Karen Alejandra Morales Moreno

Comitán de Domínguez 3 de julio del 2023

SISTEMA DIGESTIVO

Las alteraciones en la estructura del aparato digestivo pueden ocurrir a cualquier nivel, desde el esófago hasta el recto.

Encontramos distintas manifestaciones por cada estructura (parte) del aparato digestivo, que nos indicarán alteraciones en el mismo. Cada una de las patologías tiene diferente causa y se estudia a fondo la manera en que esta sucede para tener tratamiento de ella.

Los órganos grandes y huecos del tracto digestivo poseen una capa muscular que permite que sus paredes se muevan. El movimiento de estas paredes puede impulsar los alimentos y los líquidos, y mezclar el contenido dentro de cada órgano. Los alimentos pasan de un órgano a otro mediante un movimiento muscular que se llama peristaltismo. La acción del peristaltismo se parece a la de una ola del mar moviéndose por el músculo. El músculo del órgano se contrae estrechándose y después mueve lentamente la porción contraída hacia la parte inferior del órgano. Estas ondas alternadas de contracciones y relajaciones empujan los alimentos y los líquidos a través de cada órgano.

El estómago debe realizar tres tareas mecánicas. Primero, debe almacenar los alimentos y los líquidos ingeridos. Para ello, el músculo de la parte superior del estómago debe relajarse y aceptar volúmenes grandes de material ingerido. La segunda tarea es mezclar los alimentos, los líquidos y el jugo digestivo producido por el estómago. La acción muscular de la parte inferior del estómago se encarga de esto. La tercera tarea del estómago es vaciar su contenido lentamente en el intestino delgado. Varios factores afectan el proceso de vaciar el estómago, como el tipo de los alimentos y el grado de actividad muscular del estómago y del intestino delgado. La mayoría de las moléculas digeridas de los alimentos, y el agua y los minerales provenientes de la dieta se absorben a través del intestino delgado.

Anorexia, náuseas y vómito

Anorexia

Bajo peso, miedo a incremento y fuerte deseo de mantenerse delgado

Hambre

Fx que influyen

Estimulada por contracciones del estómago vacío, Hipotálamo, Olfato

Emociones (miedo, depresión, frustración y ansiedad)

Fx predisponentes

Fármacos y estados patológicos (uremia, acumulación de nitrógeno en la sangre, náuseas y vómito)

Náuseas

Sensación incómoda que indica un malestar en el individuo

Estimulación del centro medular del vómito, precede o se acompaña de emesis

Causas

Mareos (cinetosis), migraña, desmayo, hipoglucemia, gastroenteritis, intoxicación alimentaria o dolor grave

Manifestaciones

Mareos matutinos durante el embarazo, salivación, vasoconstricción con palidez, sudoración y taquicardia

Arcadas

Movimientos rítmicos espasmódicos del diafragma, pared torácica, y músculos abdominales (precedentes de vómito)

Vómitos

Expulsión repentina y violenta de los contenidos gástricos

Mecanismos de protección fisiológica básica, limita la posibilidad de daño por ingesta de agentes nocivos

Respuesta al tx farmacológico

Sobredosis, efectos acumulativos, toxicidad y efectos adversos

Involucran dos centros medulares

Centro del vómito

Se localiza en la porción dorsal de la formación reticular de la médula, cercade los núcleos sensitivos del nervio vago

Recibe la señal desde el tubo digestivo y otros órganos, la corteza cerebral, el aparato vestibular

Zona emetógena de quimiorreceptores

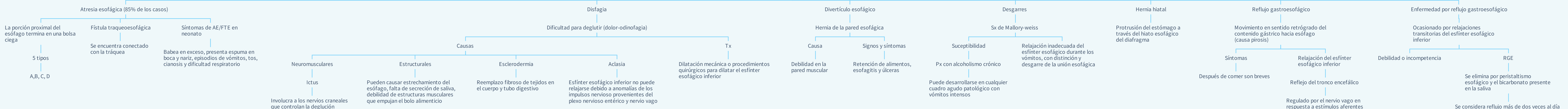
Se encuentra en una pequeña área del suelo en el cuarto ventrículo, donde se expone tanto a la sangre como al líquido cefalorraquídeo

Se activa por efecto de muchos fármacos y toxinas endógenas y exógenas

Alteraciones del esófago

Anomalías congénitas

Incompatibles con la vida



Alteraciones del estómago

Gastritis

Inflamación de la mucosa gástrica

Aguda

Proceso inflamatorio agudo de la mucosa de naturaleza transitoria

Síntoma

Emesis, dolor y en casos graves hemorragia y ulceración

Asociación

Irritantes locales, ácido acetilsalicílico, AINE, alcohol, toxinas bacterianas

Uremia, tx con fármacos quimioterápicos, radiación gástrica

Generalmente autolimitada con regeneración completa

Crónica

Ausencia de erosiones macroscópicas y presencia de cambios inflamatorios

Helicobacter pylori

Bacilo gram negativo, puede colonizar las cel. epiteliales secretoras de moco

Produce enzimas y toxinas con capacidad de interferir en protección local de mucosa gástrica contra acidez

Dx y TX

Prueba de aliento con urea marcada con carbono 13 o 14, prueba de antígenos en heces

Tx con un IBP o bismuto

Atrófica crónica

Gastritis atrófica autoinmunitaria

Se limita al cuerpo y el fondo del estómago

Resulta de la presencia de anticuerpos contra componentes de las células parietales de las glándulas gástricas y del factor intrínseco

En los casos más graves, se deja de producir factor intrínseco, ocasionando deficiencia de vitamina B12 y anemia perniciosa

Gastritis atrófica multifocal

Afecta el antro y las áreas adyacentes del estómago

Se asocia con una reducción en la secreción ácida del estómago

Gastropatía química

Resulta del reflujo de contenidos alcalinos del duodeno, secreciones pancreáticas y bilis hacia el estómago

Más frecuente en pacientes que han tenido gastroduodenostomías o gastroyeyunostomías

Úlceras pépticas

Puede afectar a una o todas las capas del estómago o duodeno

Más frecuente

Gástrica y duodenal

Rango de edad 30 y 60 años de edad

Existe una predominancia masculina de las úlceras duodenales

Etiología y patogenia

H. pylori

Estimular la liberación de citocinas y otros mediadores de la inflamación contribuye al daño de la mucosa

La infección predominante en el antro del estómago, lleva a hipergastrinemia y a un aumento en la producción de ácido

Uso de ácido acetilsalicílico y otros AINE

Consisten en la lesión de la mucosa e inhibición de la síntesis de prostaglandinas

Manifestaciones clínicas

Se centran en el malestar y el dolor (ardor punzante o de tipo cólico)

Complicaciones

Hemorragia, perforación y penetración y obstrucción de la salida gástrica

Diagnóstico y tratamiento

Anamnesis, las pruebas de laboratorio, los estudios radiológicos, así como las exploraciones endoscópicas

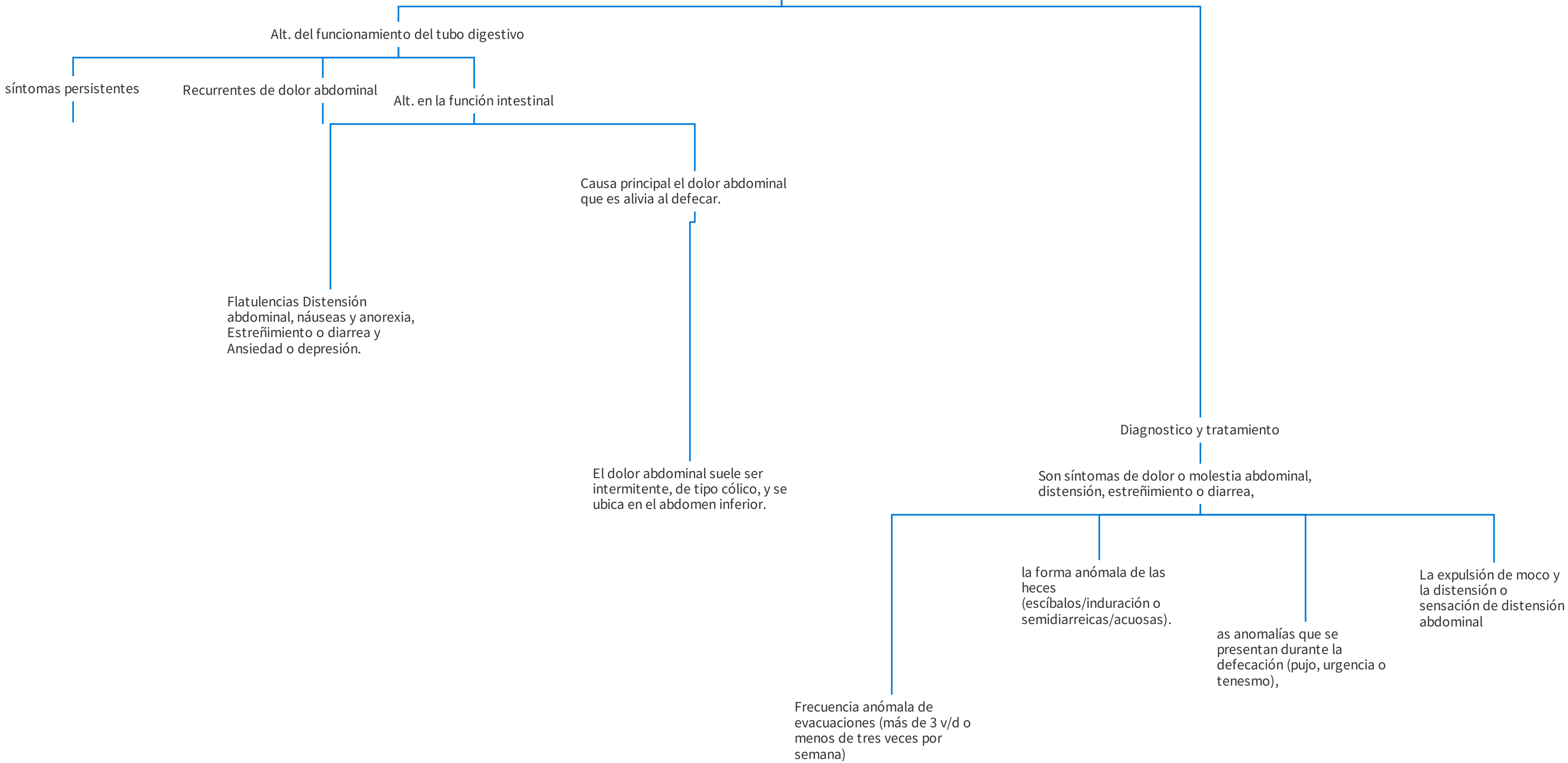
Tx

Se dirige a erradicar su causa y promover una curación definitiva de la enfermedad

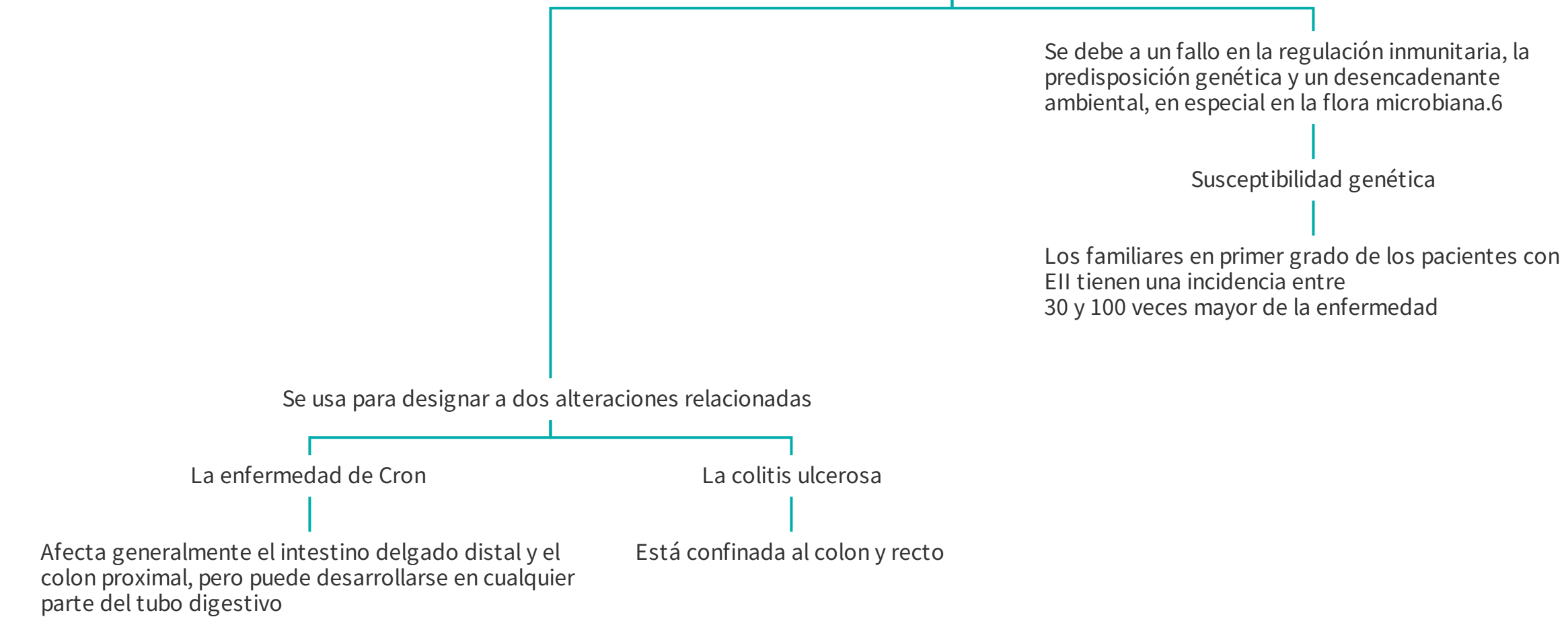
Farmacológico se enfoca en erradicar H. pylori, aliviar los síntomas y cicatrizar el cráter ulceroso

Alteración de los intestinos grueso y delgado

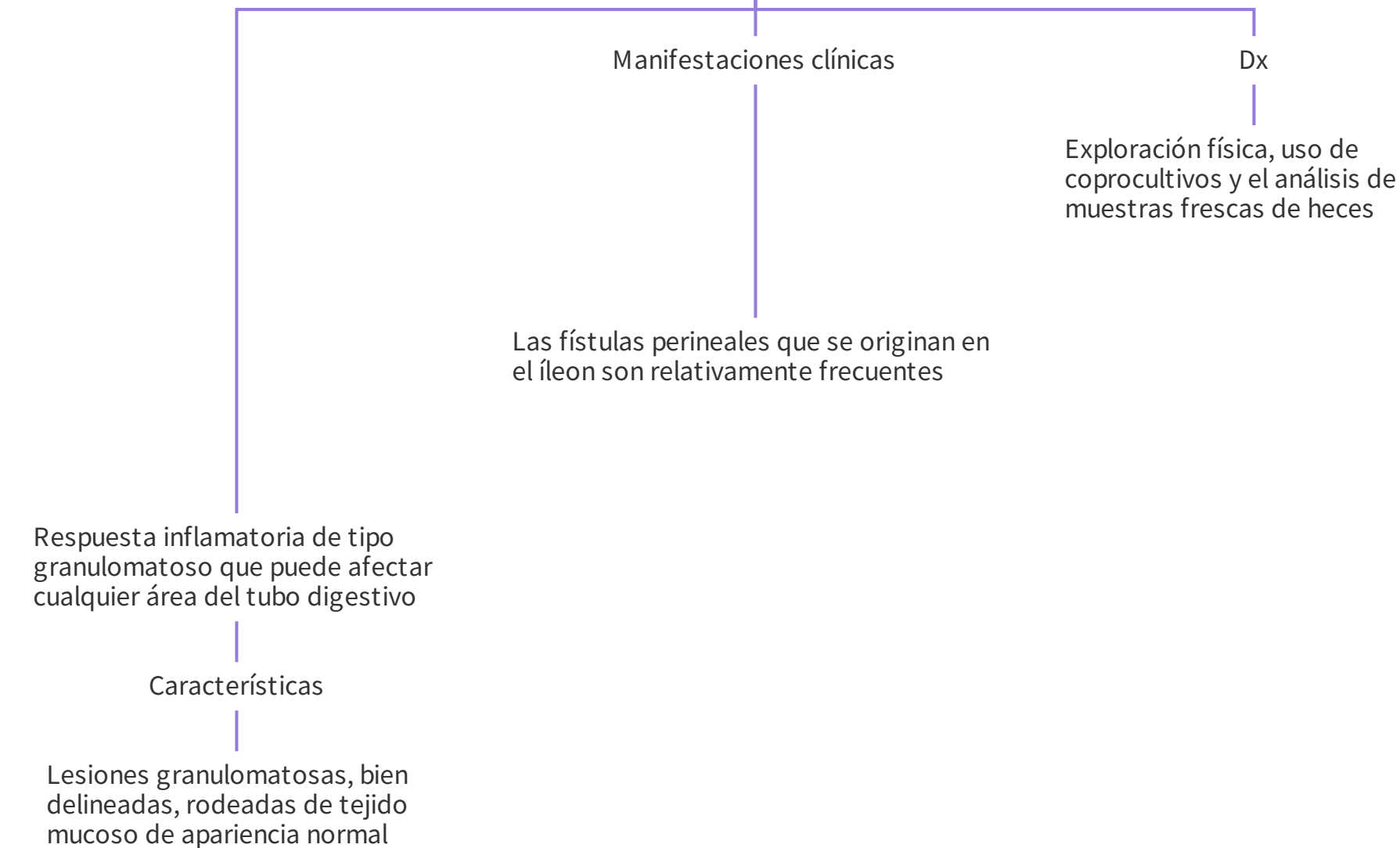
Síndrome del intestino irritable



Enfermedad intestinal inflamatoria



Enfermedad de Crohn



Diarrea, estreñimiento, retención fecal y obstrucción intestinal

Eliminación excesivamente frecuente de heces reblandecidas o poco formadas

Estreñimiento

Retención fecal

Obstrucción intestinal

Aguda

No inflamatoria

Inflamatoria

Crónica

Osmótica

Secretora

DX y TX

Evacuación poco frecuente, incompleta o difícil de las heces

Tránsito lento

Tránsito normal

Dx

Tx

Fecaloma

Alteración del movimiento de contenido intestinal en dirección cefalocaudal

Causas

Produce

Intesección

Vóluvo

Persiste menos de dos semanas causada por agentes infecciosos se divide en inflamatoria (pequeño vol), y no inflamatoria (gran vol)

Grandes volúmenes de heces acuosas no sanguinolentas, cólico periumbilicales, distensión abdominal y náuseas o vómitos

S. AUREUS, E.COLI, Enterotoxigénica

Fiebre y diarrea sanguinolenta
Causas
Shigella, salmonella, yersinia y campylobacter

Persiste durante 4 semanas o más
Alteraciones como EII, Sx de mala absorción, alteraciones endocrinas o colitis por radiación

Agua atraída hacia interacción del intestino por naturaleza hiperosmótica
colon incapaz de reabsorber el exceso de líquido

Intensifica los procesos de secreción del intestin
Exceso de ácidos biliares, permanece en el contenido intestinal a tiempo que este ingresa al colon

Informe de evacuaciones frecuentes, anamnesis
Fármacos difenoxilato y loperamida

Evacuaciones poco frecuente deriva de alteraciones de la función motora del colon

Dificultad persistente para defecar y suele responder bien al incremento en consumo de líquidos y fibra

Antecedentes de evacuaciones infrecuentes paso de heces duras y escibalos, o sensación de evacuaciones incompletas

Aliviar la causa del estreñimiento, consumo de líquidos y ejercicio moderado

Heces endurecidas adoptan forma de masilla en el colon o recto e interfieren con paso normal de heces

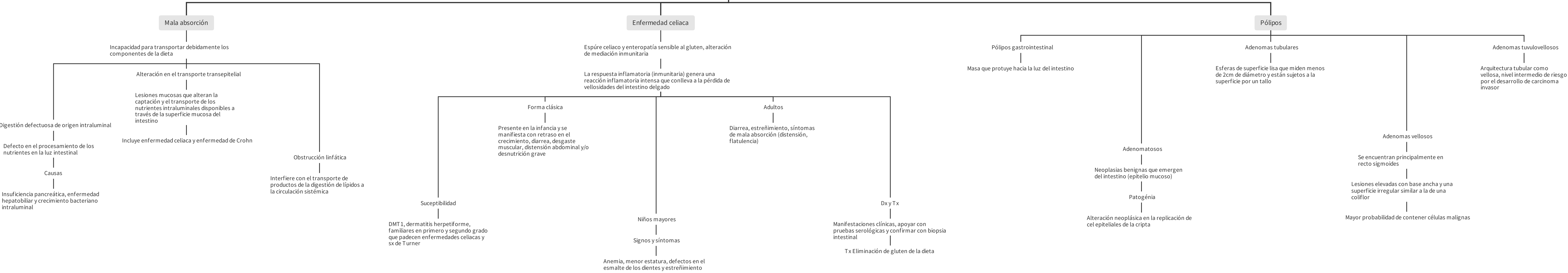
Mecánicas o paralíticas

Estrangulación con necrosis intestinal

Ingreso de un seguimiento intestinal en segmento adyacente

Porción completa el intestino sobre eje formado por su mesenterio

Alteraciones de la absorción intestinal



Es importante conocer la estructura y función del sistema digestivo, específicamente cada órgano. Se sabe que el sistema digestivo se extiende desde la boca hasta el ano y se encarga de digerir los componentes de la dieta, procurar su absorción mediante un proceso llamado digestión y, con esto poder ser transportados al torrente sanguíneo a diferentes partes del cuerpo humano.

El sistema digestivo es de gran importancia en el cuerpo humano ya que contribuye a la homeostasis degradando los alimentos de manera que las células del organismo puedan absorber y utilizarlos. También absorbe agua, vitaminas y minerales degradando los desechos.

Es muy importante conocer las diferentes alteraciones que se presentan en cada órgano del sistema digestivo para saber cómo actuar, y la manera en que se tratará al paciente para lograr recuperar la salud, o en dado caso mantener la salud o brindar cuidados necesarios en el transcurso de la enfermedad.

Referencia

Norris, T. L. (2019). *Porth. Fisiopatología: Alteraciones de la Salud. Conceptos Básicos.*

LWW.