



Efraín de Jesús Gordillo García

Mapa Conceptual

Fisiopatología

3°A

PASIÓN POR EDUCAR

Reflujo Gastroesofágico

Efraín de Jesús Gordillo
García 3^{er}

Movimiento en sentido
relogiado.

Mecanismos
Intrinsecos

Músculos circulares
del esófago distal

Mecanismo
extrínseco

Diafragma que
rodea al
esófago

Provoca

Dolor

Pirosis

Esfínter esofágico
inferior.

Regula el flujo de los
alimentos

desde esófago hasta
estómago

Provocado por:

Reflejo del tronco
encefálico regulado por
nervio vago
Respuesta al estímulo
aférentes.

Relajación del esfínter
esofágico inferior

Después de cada comida

hay relajación del esfínter.

Enfermedad por reflujo gástrico

Diagnostico

antecedentes
asintomaticos

esofagoscopia

pruebas de supresion
acida

Manifestaciones clinicas

Pirostis

Regurgitación

Sensacion de
quemazon en
esofago

empeora cuando
la persona dobla
su cintura

Eructos

Dolor toracico

Sintomas respiratorios

asma

tao cronica

laringitis

Sintomas de daño en la mucosa producidas por el reflujo anormal de contenido gástrico.

CRGE

Forma mas grave y prolongada del reflujo

Falta de cicatrización.

Tratamiento

- alimentos abundantes

- alimentos que reducen el esfinter

- Dormir con cabeza elevada

- antiacidos

- acido alginico

- antagonistas de R de histamina.

Barrera de mucosa gástrica.

Factores de protección de la barrera

es el recubrimiento del estómago, suele ser impermeable al ácido que secreta

Cubierta superficial de células epiteliales

presencia de un moco firme o espeso que mantiene el pH neutro

El ácido acetilsalicílico y el alcohol es capaz de cruzar esta capa de lípidos y causar daño

Puede producir erusiones agudas.

El estómago está protegido por una barrera mucosa

evita que la secreción gástrica lesione el epitelio

2 causas de irritación son:

Formación de úlceras

y infección por *H. pylori*

Células del epitelio gástrico están conectadas por uniones estrechas

evitan la penetración del ácido

Gastritis

inflamación de la mucosa gástrica.

Gastritis Aguda

Gastritis Crónica

inflamación de la mucosa acompañada de Eructos, Dolor, Hemorragia o úlceras

ausencia de erusiones macroscópicas.

Causas:

Hurtantes
locales

- ácido acetil

salicílico

Quimioterapia

alcohol

Toxinas

Radiaciones

Síntomas:

pirosis

acidez estomacal

vómitos

Hemorragias

Hematemesis.

Gastritis Helicobacter pylori

↑ frecuencia en latinos y afro

de persona a persona
X vómitos salivales
heces o agua.

Bacilo gram negativo
con flagelos

Dx

Prueba de aliento
con urea
marcada
con carbono

Tx

- omeprazol
- lansoprazol
- amoxicilina

+
1-14 días

Gastritis atrofia crónica

multifocal

afecta al cuerpo del estomago

multifocal
autoinmunitaria

- 10%

se limita al cuerpo y fondo del estomago

Se da por presencia de anticuerpos contra componentes de células parietales de glándulas

Gastropatía gástrica

lesión gástrica crónica resulta del flujo de contenido alcalino

↑ frecuentes en contenido o pacientes gástrico duodenostomias

Úlceras Pépticas.

Manifestaciones Clínicas:

- malestar y dolor punzante tipo cólico cuando el estómago está vacío en el hipogastro

- Zumbido al tóxico superficial o profundo en el epigastro el dolor se alivia al comer

- Complicaciones es hemorragia, perforación y obstrucción de salida gástrica

- Anemia hemorrágica 2^{do} Dx con la perforación ↑ la muerte

- Dolor que irradia hacia la espalda

los úlceras más frecuentes son las gástrica y duodenal ↑ entre 30-60 años afecta a uno o todos los copos del músculo liso

Etiología y patogenia:

Infección por bacteria *H. pylori* y el uso de ácido acetil salicílico

H. pylori: tiene capacidad para inducir inflamación y estimula liberación de citoquinas

Por AINE- depende de la dosis inhibición de prostaglandina.
↑ edad avanzada
↑ en el tabaquismo
↑ alcohol

Diagnóstico y TX.

- Anamnesis
- Estudios radiológicos
- exploraciones endoscópicas
- Endoscopia
- radiografías

Tratamiento:

Se enfoca en erradicar *H. pylori*, aliviar los síntomas.

- evitar ácido acetil salicílico

- antiácidos
- antagonistas de receptor H_2

- carbonato de calcio, hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio

Síndrome de Intestino Irritable.

Manifestaciones Clínicas y DX.

El diagnóstico se basa en la presencia de signos y síntomas de

- dolor abdominal
- distensión
- estreñimiento o diarrea

12 semanas de duración

- se alivia con la defecación
- frecuencia anómala de evacuaciones
- expulsión de moco y distensión o sensación de distensión abdominal

- intolerancia a la lactosa y otros azúcares
- pérdida de peso, fiebre, sangre en heces

alteración en el funcionamiento del tubo digestivo caracterizado por una combinación variable de síntomas

- Dolor abdominal
- flatulencias
- distensión abdominal
- náuseas
- anorexia
- estreñimiento o diarrea

Principal característica dolor abdominal que se alivia al defecar

El dolor ~~ab~~ abdominal es tipo cólico y se ubica en el abdomen inferior

Causa: disregulación de la actividad motora

↑ prevalencia en mujeres asociada a la menopausia

Tratamiento:

- control del estrés
- no hay dieta especial
- ingesta de fibra
- evitar irritantes
- alcohol - grasas
- cafeína
- esposmodicos
- anticolinérgicos
- qlosetron

Enfermedad Intestinal Inflamatoria.

Colitis ulcerosa.

Etiología y patogenicidad.

Fallo en la regulación inmunitaria, la predisposición genética y desencadenante ambiental.

Susceptibilidad.

- Genética ↑ probabilidad

Manifestaciones Clínicas.

- Diarrea - urgencia fecal
- Pérdida de peso - obstrucción intestinal
- artritis axilar - artritis oligoartricular
- anemia
- hipercoagulabilidad - retraso de crecimiento

Se usa para designar 2 alteraciones: Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa

Producen inflamación en el intestino delgado distal y colon proximal

Se desarrolla en cualquier parte del tubo digestivo desde esófago hasta ano.

Tx:

- Sulfasazina - No hay
- termina con la respuesta inflamatoria y promover cicatrización
- Nutrición adecuada

Enfermedad de Crohn.

Respuesta inflamatoria de tipo granulomatosa que afecta a cualquier parte del tubo digestivo

lleon termina a el ciego porcion donde el intestino se inflama mas.

20-30 años mas frecuente
↑ frecuencia mujeres

Diagnostico:

- exploración física y antecedentes del paciente
- Sigmoidoscopia
- Coprocultivos
- Radiografías.

ESTREÑIMIENTO

Diagnostico:

antecedentes de evacuación infrecuente
Poco de heces duras y escasas

Exploración rectal se emplea para verificar si hay retención fecal, estenosis o masa rectal

Tratamiento:

- Adoptar posición similar a cucillos
- Consumo de líquidos
- Ejercicio
- laxantes con moderación

Esraín de Jesús Gordillo García

Se define como evacuación poco frecuente, incompleta o difícil

alteración primaria de la motilidad intestinal, efecto adverso de medicamentos.

Deficiencia de fibra en dieta, ingesta inadecuada de líquidos, debilidad de músculos abdominales, inactividad, embarazo y Hemorroides

Transito Normal

Dificultad para defecar y mesara con la ingesta de líquidos y fibra

Transito lento:

alteración en la función motora del colon

Enfermedades asociadas al estreñimiento:

- Afecciones Nerviosas
 - Lesión en ^{espinal} medulla
 - Enfermedad de parkinson
 - Esclerosis múltiple
- Alteraciones endocrinas
 - Hipertiroidismo
- Medicamentos

Enfermedad de Hirschprung:

No existe células ganglionares en el intestino distal

DIARREA

Diarrea Aguda

Dura menos de 2 semanas
Causado por agente infeccioso

Inflamatoria

Presencia de fiebre y diarrea sanguinolenta ocasionada por invasión a células intestinales

Shigella, Salmonella, E.coli

afectan al colon y la diarrea es de menor volumen

acompañada de callos en el cuadrante inferior izquierdo

Eliminación excesivamente frecuente de heces reblandecidas y poco frecuente, y puede ser patológico o no.

Diarrea Crónica

mas de 4 semanas; síndromes de mala absorción o colitis por radiación

1º Presencia de contenido luminal hiperosmótico 2º mayor actividad de secreción intestinal 3º alteración inflamatorias y procesos infecciosos.

No inflamatoria

Grandes volúmenes de heces

Secretan toxinas que estimulan la pérdida de líquidos y otros invaden y destruyen células epiteliales del intestino

Diarrea osmótica

el colon es incapaz de reabsorber el exceso de líquido

Intolerancia a la lactosa por falta de enzima

Secretora

exceso de AB en intestino

patología de ileon

Diagnostico

Informe de asociaciones frecuentes, uso de medicamentos, exposición a patógenos

Tratamientos

- Reemplazo de líquidos
- definoxilato
- loperamida
- koalin
- pectina
- subsalicilato de bismuto