



Karla Beatriz Cruz Martínez

Dra. Karen Alejandra Morales Moreno

Mapas conceptuales

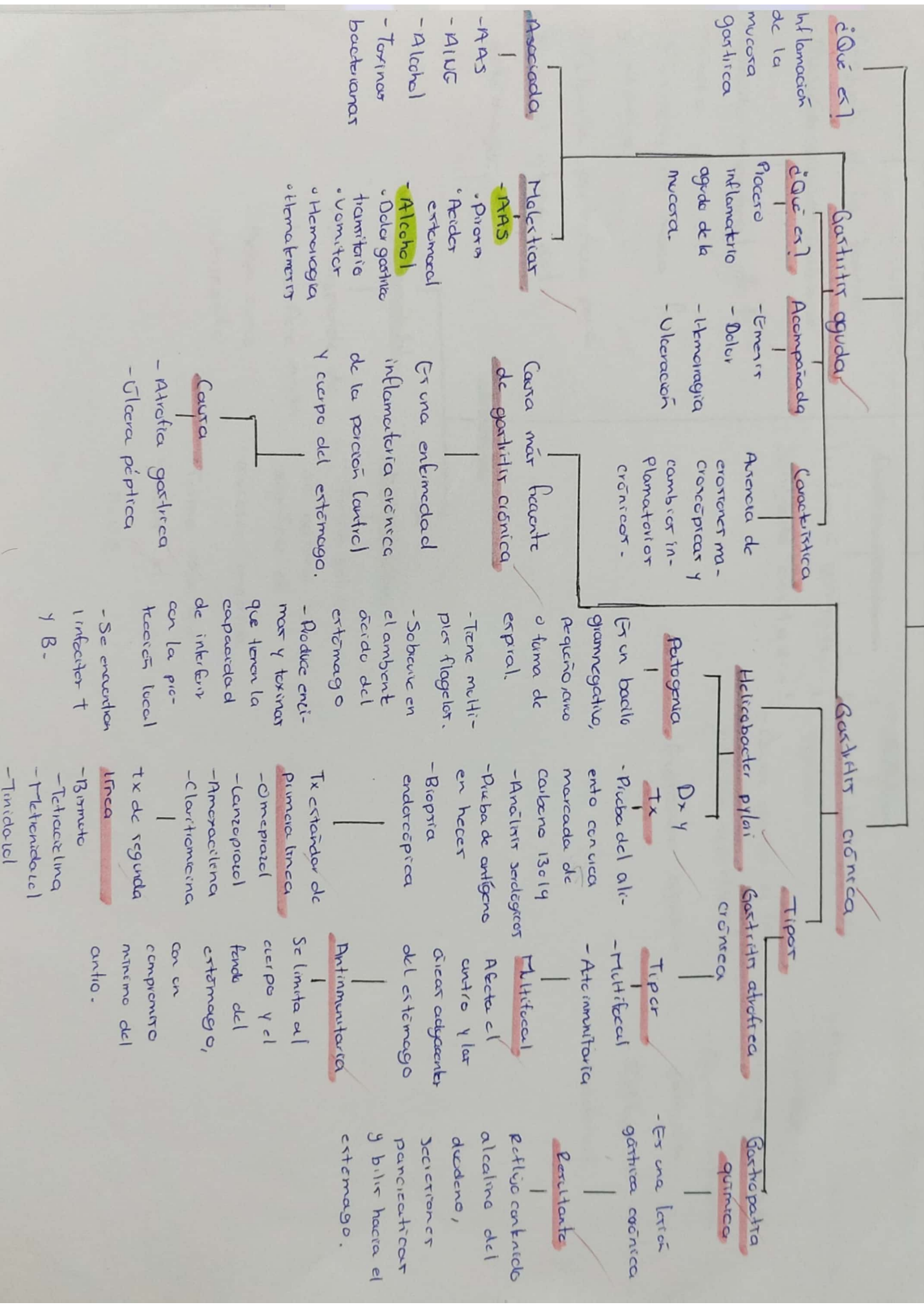
Fisiopatología II

PASIÓN POR EDUCAR

3

“A”

Gastritis



Barrera Mucosa Gastrica

Conjunto de la barrera

mucosa gastrica

- Coberta superficial de la mucosa

- Presencia de moco firme y espeso

- Cubierta protectora para la pared interna del estomago.

Estado clinico

- Irritacion gastrica

- Sangrado oculto

AAS

- Cura la capa de ITPider

- Causa daño a las células superficiales

- Errores agudos

Ácidos biliares

- Atacan los componentes

químicos de la barrera mucosa

- Causan irritación gastrica

- Reflujo de contenido duodenal

Moco

hidrosoluble

- Se depende de la superficie mucosa

- Actua como lubricante

no

hidrosoluble

- Forma gel que se adhiere a superficie de mucosa gastrica

- Forma capa que atrapa el

HCO₃.

Refliso gastroesofágico

Definición

- Movimiento en sentido retrogrado
- Desplazamiento del contenido gástrico hacia el esófago
- Pausa o ruidos epigástricos o piróricos

Fisiología

- Participación de los mecanismos de los músculos intrínsecos y extrínsecos.
- Esfínter gastroesofágico inferior regula el flujo del alimento, desde el esófago hasta el estómago.

Factores

- Distensión gástrica
- Alimentos altos en grasas

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Definición

Síndrome de daño en la mucosa

Fisiología

- Eliminación y neutralización por peristaltismo esofágico y HCO_3 en saliva

Clasificación

- con daño a la mucosa esofágica
- Sin daño a la mucosa

Manifestaciones clínicas

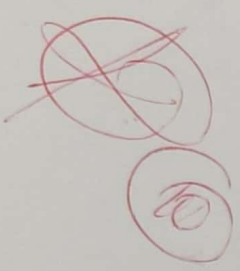
- Prurito
- Regurgitación
- Empieza 60 min después de comer
- Eructos
- Dolor torácico
- Laringitis

Causas

- Relajación transitoria de EE 1 por debilidad o incompetencia

• Disminución de relajación y capacidad amortiguadora

• Forma más grave y prolongada



Síndrome del intestino irritable

¿Qué es?

Alteración en el funcionamiento del tubo digestivo

Se caracteriza

- Síntomas persistentes o recurrentes de dolor abdominal
- Alteraciones en la función intestinal y malestares diversos como:
 - Flatulencias
 - Distensión abdominal
 - Náuseas
 - Ansiedad
 - Eructos
 - Diarrea
 - Ansiedad
 - Depresión

Manifestaciones clínicas y diagnósticas

Digestivas

- Se basan en la presencia de signos y síntomas
- Presencia de síntomas continuos o recurrentes (12 semanas)

Se relaciona:

- Alivio con la defecación
- Ansias que inician con modificaciones en la frecuencia de las evacuaciones
- Cambios morfométricos en las heces.

Otros síntomas

- Frecuencia anómala de las evacuaciones
- 3 veces al día
- 3 veces por semana
- Forma anómala de las heces
- Eructos/inducción
- Semidiarreas/lacraras

Anomalías en la defecación

- Puye
- Urgencia
- Tenesmo
- Eructos de masa
- Distensión o tensión abdominal

Tratamiento

- Control de estrés
- Ingesta de fibra
- Evitar alimentos dañinos
- Seguir dietas que restringen la grasa, almidón, alcohol y bebidas con cafeína

Fármacos

- Espasmodicos y anticolinérgicos.
- Alosetron
- Reduce la secreción intestinal y disminuye la motilidad intestinal

Enfermedad intestinal inflamatoria

Se usa para designar a Zalt-rocever y ceftriaxona:

- Enfermedad de Crohn
- Celitis ulcerosa

Etiología y patogenia

Se debe a un fallo en la regulación inmunitaria, la predisposición genética y un desencadenante ambiental, en especial la flora microbiana.

Manifestaciones clínicas

- Remisión y exacerbación de cuadros de diarrea
- Urgencia fecal
- Pérdida de peso

Manifestaciones sistémicas

- Artritis orofaríngea / oligoarticular
- Alteraciones inflamatorias
- Anemia
- Entomofilia
- Hipocogaliblastia
- Celangitis esclerótica

Enfermedad de Crohn

Respecto inflamatoria de tipo granulomatosa

Evidencia lenta, progresiva y discontinua.

Afecta a personas que tienen > 20-30 años.

Se ven involucradas todas las capas del intestino.

→ Capa mucosa sobre la mayor afectación.

La superficie del intestino inflamado suele tener una apariencia de "empedrado", finuras, grietas.

Tx

- No existe cura para la enfermedad

Manifestaciones clínicas

- Períodos de exacerbación y remisión

- Síntomas que se relacionan con la ubicación de las lesiones.

• Diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, alteraciones hidroelectrolíticas, malestar y febril.

Dx

- Biopsia
- Exploración física (Cuidados)
- Coprocultivos
- Radiografías
- Tomografía

Inhib. reabsorción inflamatoria sulfadiazol, azatioprina, metotrexato, azatioprina, G-mercaptopurina

Celitis ulcerosa

Alteración inflamatoria inespecífica del colon.

Se desencadena su causa.

Lesiones que se forman en las cryptas de Lieberkühn

Manifestaciones clínicas

- Cuadros recurrentes de episodios de diarrea.

- Heces con sangre y moco.

- Dolor rectal

- Incontinencia fecal

- Anorexia, debilidad y fatiga

-> A partir de hallazgos clínicos y endoscópicos, se puede clasificar la enfermedad.

extensión del colon subyacente afectada por inflamación

Diagnósticos

- Anamnesis

- Exploración física

- Sigmoideoscopia

- Colonoscopia

- Biopsia

Desarrollar agente infeccioso.

Tx

Depende de la extensión de la enfermedad de la intensidad de los síntomas

- Estar enfermo, lactera

- Formar igual la enfermedad de Crohn.

Enfermedad por úlcera péptica

→ **Completo TX.**

¿Qué es?

Describe a un grupo de alteraciones ulcerativas que aparecen en el tubo DS.

Úlceras pépticas

Etiología y patogenia

- Infección con la bacteria H. pylori y el uso AAS y otros AINE.

Manifestaciones clínicas

- Halitosis
- Dolor punzante otro tipo cíclico.

Complicaciones

- Hemorragia
- Perforación
- Penetración
- Obstrucción de la salida gástrica.

Síndrome Zollinger-Ellison

¿Qué es?

Es una alteración rara causada por un tumor secretor de gastrina

Síntomas

- Diarrea (como resultado de la hipersecreción de la mucosa - elevación de la lipina)

DX

- [C] elevados de gastrina sérica
- Ácido gástrico basal

TX

- Cefaclor de la reacción de ácido gástrico

Úlcera péptica

- Debido a elevación del tubo digestivo

¿Qué es hereditario?

- Quemaduras estomacales (úlceras de Curling)
- Traumatismos
- Infección
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda
- Insuficiencia hepática
- Procedimientos quirúrgicos mayores.

-TX

- Inhibidores de protones (kambel)
- Antagonistas de receptores H2
- Prostaglandinas → Produce moco
- Inhibir causa primaria de úlcera
- Reducir consumo de AINES y evitar alcohol.

Handwritten note: **Handwritten. correction.**

110

Enfermedad por úlcera péptica

¿Qué es?

Describe a un grupo de alteraciones ulcerativas que aparecen en el área del tubo DS.

Etiología y patogenia

infección con la bacteria H. pylori y el uso de AAS y otros AINE.

Manifestaciones clínicas

- Plastrar
- Dolor punzante tipo cólico

Complicaciones

- Hemorragia
- Perforación
- Penetración
- Obstrucción de la salida gástrica

Úlceras pépticas

Sx de Zollinger Ellison

¿Qué es?

Es una ailiación rara causada por un tumor secretor de gastrina

Presenta

- Diarrea como resultado de la hipersecreción de la inactivación de la liprina

Úlceras por estrés

Debido a ulceración de tubo digestivo

¿Qué es? **fiereza alto riesgo?**

- Quemaduras externas (Úlcera de Curling)
- Traumatismos
- Infección
- Sx de la dificultad respiratoria aguda
- Insuficiencia hepática
- Procedimientos quirúrgicos mayores

Farmacológico

- Eradicar H. pylori
- Activar los sistemas cicatriza el cráter ulcerooso

Tx

Neutralizar el ácido gástrico

Emples de antiácido

- Carbonato de Calcio
- Hidroxisido de Aluminio
- Hidroxisido de magnesio

Reducción en su producción

- IBP
- Antagonistas de los receptores de H₂

Dx

- Concentraciones elevadas de gastrina serica
- Acido gástrico basal

Tx

- Control de la secreción de ácido gástrico
↓
IBP

- Resección quirúrgica cuando el tumor muestra malignidad

Tx

- IBP
↓
Primaria linca.

Estreñimiento

Evacuación poco frecuente incompleta o difícil de las heces.

Se puede presentar:

- Alteración primaria de la motilidad intestinal, efecto adverso de los medicamentos, lesiones obstructivas del tubo digestivo.

Fisiopatología (Clasificación)

- Tránsito normal
- Dificultad percibida para defecar
- Tránsito lento
- Evacuación poco frecuente
Ent. de Hirschsprung
- Alteraciones en evacuación defecatoria o rectal

Dx

- Antecedentes de evacuaciones infrecuentes
- Exploración rectal si existe retención fecal

Ix

- Esfuerzo constante para la necesidad de evacuar.
- Aumentar el consumo de líquidos
- Ejercicio moderado
- Casos y exámenes urore en medicación.

Causas:

- Retraso en atender la urgencia para defecar
- Deficiencia de fibra en la dieta
- Ingesta inadecuada de líquidos
- Embarazo
- Hemorroides.

Causas estreñimiento

- Suplemento de hierro
- Diuréticos
- Antagonistas de los canales de Ca
- Anticélinérgicos

Enfermedades asociadas

- Afecciones neurógenas
- Lesión en la médula espinal
- Enf. de Parkinson
- Esclerosis múltiple

Diarrea

Eliminación excesiva de heces reblandecidas o poco formadas.

Diarrea aguda

Permite < de 2 semanas

Causada por agentes infecciosos

Diarrea inflamatoria

Presencia de fiebre y de heces sanguinolentas.

Causas:

- Shigella
- Salmonella
- Yersinia
- Campylobacter

Afectan

- El colon

Diarrea frecuente pero en menor volumen.

Causada

- S. acutus
- E. coli
- Gyptor peridum pauum
- Vibrio cholerae
- Giardia

Diarrea crónica

4 y 6 semanas

Exceso de liq. biliares

Relacionado con:

- E11 - S11
- Sx de mala absorción
- Atracciones endosmas
- Celitis por radiación

• Sobrepoblación bacteriana en el IDLs

• al interfiere con la absorción

Causas

- Evidencia luminal hiposmotica
- Mayor actividad de secreción intestinal
- Atracciones inflamatorias
- Rucero intestinal

Diarrea inflamatoria

Atacado

• Inflamación aguda o crónica

• enf. intrínseca del colon, enf. de Coln.

• Frecuencia de evacuaciones

• Del tipo cético

Dr y Tx

• Infirme de evacuaciones

• Reciben de los antecendentes de los fx acompañantes como comorbilidad, uso de medicamentos y

• exponen a patógenos intestinales.

IX

• Ejemplo de líquidos y electrolitos

- Difencixilato
- loperamida

Diarrea osmética

• Agua atañada hacia el interior del intestino

- Presencia en defecación de lactera
- Lactera no dirigida causa

Diarrea secretora

Se presentan cuando se infiltran los procesos de secreción del intestino.

Apendicitis

La apendicitis aguda es la + frecuente.

Características

El apéndice se:

- Inflama
- Edematiza
- Sangra
- Se puede perforar si no es tratado a tiempo.

Origen

Por obstrucción intraluminal

debido aun:

- Feculito
- Cálculos biliares
- Tumores
- Parasitos
- Tejido linfático

Evolución

Inicio abrupto con dolor en epigástrico

• Cuando aparece el dolor se presenta 4-2 episodios de náuseas.

• Dolor vago (inicio)

pero va incrementando de forma gradual hasta ser dolor tipo clico.

• Cuando el proceso inflamatorio se ha extendido hacia la capa serosa del apéndice y

perfora el dolor se EJ en CID

• La palpación profunda suele generar dolor en CID.

Dx

• Síntomas

• Hallazgos en la exploración física

- Características rectitales
- Ecografía y tomografía computarizada

Tx

• Resección quirúrgica del apéndice.

Complicaciones

- Peritonitis
- Formación de absceso paraduodenal y septicemia.

• Empeorar dolor a descompensación.

Aparace cuando se aplica presión sobre el área para después liberarla

• La presión con apendicitis suele ser capazi de elevar tu dedo directamente sobre el área sensible.

Posiblemente:

Infecciones bacterianas.

Generan + efectos graves que las infecciones virales

Clasificación difícil de culter

Se asocia con un tx antibiótico previo

Derivable de la celulita

- Alteración flora normal
- Adquisición de especies
- Germinación de especies
- Crecimiento excesivo de clostridium
- Producción de toxinas

- Destrucción de la mucosa intestinal
- Deshidratación
- Sepris
- Perforación

Manifestaciones clínicas

- Diarrea (leve-moderada)
- Cólicos
- Inercia general y dolor del tx. con antibióticos.

Dx

- Antecedentes uso de antibióticos
- laboratorio de confirmación

Ix

- Interrupción inmediata del antibiótico
- Metronidazol

Infección por Escherichia coli

O157:H7

Transmisión

- Alimentaria
- Legos contaminados
- Granjas / zoológicos
- Persona a persona

Clínica

Ataleta a personas muy jóvenes y adultos mayores.

Puede ser:

Asintomática o con variedad de manifestaciones:

- Diarrea aguda
- Celulitis hemorrágica
- Sx síndrome hemolítico

S.O.H

- Anemia hemolítica
- Trombocitopenia
- Insuficiencia renal

Predomina en

- Lactantes
- < de 5 años

Ix

No existe uno específico
Uno de antibiótico, analgésicos, antidiaréticos, aumentan el riesgo de S.O.H.

Enterococcus infecciosa

La mayoría de las

infecciones se
determinan por
vta fecal-oral

Infección vírica

La mayoría de las infecciones

víricas afectan el epitelio
superficial del I.D.

Rotavirus

• Principal causa de diarrea grave

• Tiende a ser grave en niños de 3-2 y
menor de edad.

• Bebés < 3 meses están relativamente
protegidos.

↳ Por los anticuerpos de adquisición
transplacentaria, alimenticia materna.

Fisucovirus

- Niños en guardería

Período de incubación:

1-3 días

con fiebre leve a moderada y
vómitos.

Evacuación frecuente de heces acuosas.

IX

Enter y tratar la deshidratación.

A favor:

- Agua
- Alimentos contaminados

Enfermedad

carreada por:

- Virus inespecíficos
- Rotavirus
- Norovirus

~~IX~~
10
+2