



**Nombre del alumno: HATZIRY GÓMEZ
HERNÁNDEZ**

**Nombre del profesor: KAREN
ALEJANDRA MORALES MORENO**

**Nombre del trabajo: mapas
conceptuales cap 38 porth**

Materia: FISIOPATOLOGÍA II

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 3ro

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de enero del 2024.

Reflujo GASTROESOFAGICO.

Es el desplazamiento retrógrado de contenido gástrico o bariosis.
Alteración más frecuente en el tubo digestivo.

CARACTERISTICAS

- Los síntomas ocurren después de ingerir alimentos y son breves
- Esporádicamente causan problemas más graves
- El esfínter esofágico inferior desde el esófago hacia el estómago. Reflujo
- Mecanismo tipo intrínseco y extrínseco que trabajan para mantener la función antirreflejo de los o de este esfínter.
- ① = músculos circulares del esófago
- ② = Porción del diafragma que rodea el esófago.

¿Por qué se da?

Relajación del esfínter.

Cronico

se asocia

Relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior por debilidad o incompetencia.

Eliminación y neutralización.

Peristaltismo esofágico y el bicarbonato presente en saliva

Enfermedad POR REFLUJO GASTROESOFAGICO.

Síntomas de daño en la mucosa producidos por reflujo anómalo de contenidos gástricos hacia el esófago o más allá, hacia la cavidad bucal (incluyendo faringe o pulmones).

CLASIFICACIÓN.

- Con daño a la mucosa: esofagitis erosiva y esófago de Barrett.
- Sin daño a la mucosa: (Reflujo con endoscopia negativa o reflujo no erosivo).

DIAGNOSTICO

Depende de los antecedentes sintomáticos del reflujo y del uso de métodos de dx opcionales como pruebas de supresión ácida, esofagoscopia y vigilancia ambulatoria del pH esofágico.

- 7-14 días para determinar si desaparecen los síntomas
- Consiste en pasar endoscopio dentro del esófago.
- vigilancia 24 hrs, se pasa una sonda delgada con electrodo de pH.

Aparece en la noche
otros síntomas

- Eructos
- Dolor torácico.
- Respiratorios
 - Asma
 - Tos crónica
 - Laringitis.

Tx

- Los IBP
- Tx Quirúrgico

MANIFESTACION CLINICA.

30-60 min después de ingerir alimentos

Evitar comidas abundantes y alimentos que reducen el tono del esfínter esofágico inferior.
Pérdida de peso a p. con obesidad.
Antiacidos o su combinación
Antagonistas de los receptores de histamina

Pirosis → quemazón
Regurgitación → percepción del flujo o reflujo de contenidos gástricos hacia la boca o faringe.

Clasificación RP.

- Regurgitación y malnutrición
- Esofagitis
- Prob. respiratorios.

Reflujo GASTROESOFAGICO INFANTIL

Se presenta en más de dos tercios de bebés sanos
Tema recurrente del 25% en consultas pediátricas

Se distingue de la ERGE por la presencia de síntomas molestos o complicaciones asociadas con el reflujo.

La regurgitación se presenta de forma diaria en el 50% de los lactantes.

Antes de 0-3 meses se presenta al menos un episodio

Afecta más a niños con parálisis cerebral

MANIFESTACION CLINICA

vómitos, poca ganancia de peso, llanto excesivo, irritabilidad, prob. sueño.

Dx y Tx

Dx por estudios de pH
Tx cambio de alimentación
Antiacidos.

Formada por

Células epiteliales

BARRERA MUCOSA GASTRICA

Es el recubrimiento del esofago impermeable al ácido que secreta

FACTORES

Cubierta superficial de células epiteliales.

Presencia de moco firme y espeso que secreta las células y genera una cubierta.

Esta última contiene bicarbonato y sirve para mantener el pH neutro.

Las células de epitelio están conectadas por uniones que evitan la penetración del ácido y tiene capa hidrofoba de lípidos.

La aspirina es capaz de poder cruzar la barrera.

MOCO QUE PROTEGE LA MUCOSA.

HIDROSOLUBLE

Se desprende de la superficie mucosa y se mezcla con el contenido luminal

Muco hidrosoluble

Su naturaleza viscosa lo convierte en un lubricante que previene el daño mecánico a la superficie mucosa.

NO HIDROSOLUBLE

Forma un gel delgado y se adhiere a la superficie gástrica.

Protege frente a acción proteolítica de la pepsina

Forma capa intacta que atrapa el bicarbonato

GASTRITIS

▷ inflamación de mucosas gástrica

Clasificación

Gastritis Aguda

Proceso inflamatorio agudo de la mucosa
▷ Acompañada de emesis, dolor, úlceras.

Forma erosiva es una causa importante de hemorragia GI

Alteración

Irritación local
▷ Ácido acetilsalicílico
▷ AINE
→ Alcohol
- Toxinas bacterianas

Causas

- Uremia
- Tx con fármacos quimioterápicos
- Radiación gástrica.

Gastritis Crónica

▷ Ausencia de erosiones macroscópicas y la presencia de cambios inflamatorios crónicos que de forma eventual, llevan a la atrofia del epitelio glandular estomacal

Clasificación

H. Pylori

Ureasa

Gastritis Atrofica Crónica

Clasificación

Multifocal causada por H. pylori

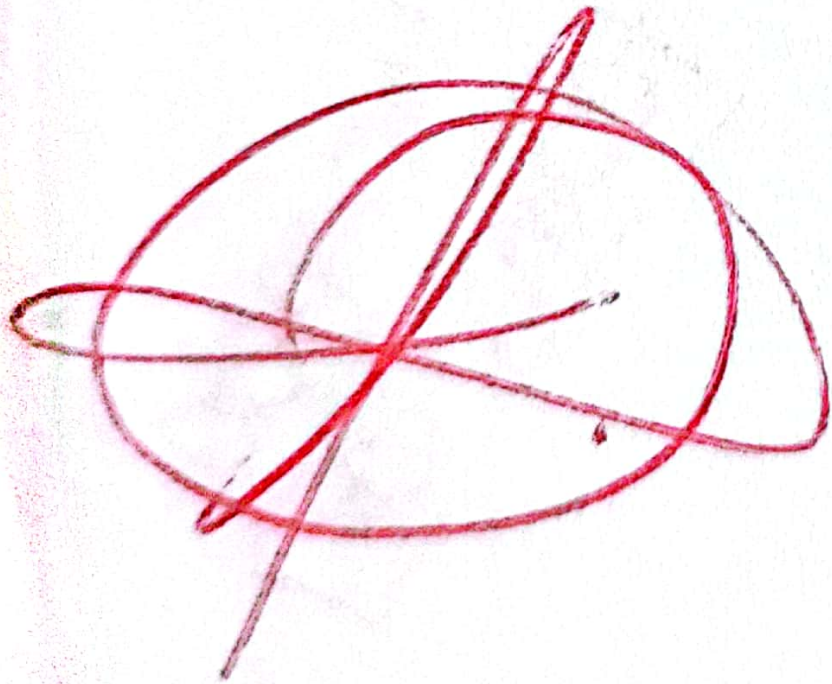
Autoinmunitaria

Gastritis multifocal

Disminución

Gastropatía química

Lesión gástrica crónica
▷ personas con úlceras gástricas



29-11-23

ENFERMEDAD POR ÚLCERA PÉPTICA

Este termino se usa para describir a un grupo de alteraciones ulcerativas que aparecen en áreas del tubo digestivo superior y que se ven expuestas a secreciones de acido y pepsina. Relacionados con uso de medicamentos y la infección por *H. pylori*.

ÚLCERAS PÉPTICAS

Las más frecuentes son gástricas y la duodenal. 10% de la población tiene o desarrolla úlceras pépticas.

Duodenales

Son cinco veces más frecuentes que las gástricas.

Incremento

Últimos 50 años es entre los 30 y 60 para las úlceras duodenales.

Úlcera péptica

Afecta una o todas las capas del estomago o duodeno.

Etiología y patogenia

Factor más frecuente

- AINES**
 - Inhiben prostaglandinas
 - Depende de la dosis
- H. Pylori**
 - Libera la toxina
 - Úlceras.

Clinica

U. No complicada

- Malestar
- Dolor
 - Ardores punsante
 - Ritmico
 - Estomago vacio

localización

Línea media del epigastrio.

Dx

- Anamnesis
- Pruebas de laboratorio
- Radiografías

Anemia
Hemorrágica
Post Prunda

- Perforación
 - ↓ se da
 - Úlcera erosiva
 - ↓ causa
 - Peritonitis.

Tx

Farmacológico

- Antiacidos
- Antagonistas
- Receptores H_2 y I.B.P.

Quirúrgico

- Prostaglandinas
- Misoprostol
- Líquidos

Síndrome de Zollinger-Ellison

Alteración rara causada por un tumor secretor de gastrina

Aumenta la secreción en px con esta afección

ERGE o Úlcera péptica

Duodenales 40-50% tipo gastrinoma.

50% tumores productores de gastrinas son malignos

Diarrea

20-25% de gastrinomas se deben a NEM 1

Dx

- Tomografía computarizada
- Ecografía abdominal
- Angiografía selectiva

Tx

- Control de la secreción
- Quirúrgico
- Misoprostol

Úlceras por estrés

Se da por estrés fisiológico importante

- Alto riesgo en px con: quemaduras extensas
- Traumatismo
- Infección
- L. hepática
- Quirúrgicos

Úlcera de Cushing

Ú. gástricas duodenales y esofágica

Lesiones intracraneales

causa

↑ hipersecreción

Martiny Gómez
3B

30-11-23
110

Mapa Conceptual

- SINDROME DEL INTESTINO GUESO.
- ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.
- ENTEROCOLITIS INFECCIOSA.

• fisiopatología II

- Hatziry Gómez Hernández
- Grupo B.



Síndrome del Intestino Irritable.

Describe una alteración en el funcionamiento del tubo digestivo caracterizada por una combinación variable de síntomas intestinales crónicos y recurrentes que no se explican por anomalías estructurales o químicas.

CARACTERÍSTICAS

- ▶ Síntomas persistentes o recurrentes:
 - Dolor Abdominal
 - Alteraciones en la función intestinal
 - Flatulencias
 - Distensión Abdominal
 - Náuseas
 - Anorexia
 - Ansiedad o depresión

Dolor Abdominal que se alivia al defecar y cambios en la consistencia y frecuencia de heces.

- Tipo cólico
- Abdomen inferior

Mujer más afectada que el hombre.

Tx

- ▶ Métodos de control por estrés
- ▶ No se indica una dieta en especial
- ▶ Fármacos = espasmolítico + anticolinérgicos
- ▶ Absetron.

MANIFESTACION CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Por falta de marcadores anatómicos o fisiológicos para el SII, el diagnóstico se basa en la presencia de signos y síntomas de dolor o molestia abdominal, distensión, estreñimiento, diarrea o cuadros sucesivos de estreñimiento y diarrea.

Para el criterio diagnóstico es necesario presencia de síntomas recurrentes de por lo menos 12 semanas.

- ▶ Frecuencia Anómala de evacuaciones
- ▶ Forma Anómala de las heces
- ▶ Anomalías en defecación
- ▶ Expulsión de moco
- ▶ Distensión Abdominal.

Inicio agudo

- ▶ Pérdida de peso
- ▶ Anemia
- ▶ Fiebre
- ▶ Síntomas nocturnos
- ▶ Sangre en heces.

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA.

Término usado para designar a dos alteraciones relacionadas: enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa

CARACTERÍSTICAS.

- ▶ Ambas producen inflamación en el intestino.
- ▶ Patrón de distribución familiar
- ▶ Manifestaciones sistémicas

Enfermedad de Crohn

Afecta al intestino delgado distal y el colon proximal

afecta

- ▶ Tubo digestivo
- ▶ Esófago al ano

Colitis Ulcerosa

Afecta

- ▶ Confinada al colon y recta



Otra área ligada en esta enf. es el brazo cromosómico 5q (IBDs) área rica en genes que codifican citocinas.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa se debe a un fallo en la regulación inmunitaria, predisposición genética y un desencadenante ambiental = flora microbiana.

Susceptibilidad genética.

- ▶ Gemelos monoigóticos es del 30-35% = enfer. Crohn.
- ▶ Colitis ulcerosa del 10%

Factor más importante:
- Antecedentes familiares

No se identifica un patrón de herencia mendeliano clásico por eso la EII no se atribuye a un solo gen.

Asociación con

- ▶ Antígenos leucocitarios humanos
- ▶ EC y CU = alteración profunda de los mecanismos inmunitarios de la mucosa.

Enf. Crohn reduce la actividad de la prot. NOD2, causa persistencia de los mercurios intracelulares y respuestas inmunitarias prolongadas.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Son el resultado de la actuación de células inflamatorias, con síntesis de mediadores inflamatorios causantes de daño tisular inespecífico.

Características

Ambas = remisión y la exacerbación de cuadros de diarrea, urgencia fecal y pérdida de peso.

Manifestaciones sistémicas

▶ Ambas = artritis axial, artritis oligoarticular, alteraciones inflamatorias oftálmicas, lesiones cutáneas, estomatitis.

Fx genético identificado

- ▶ 13.1% EC
- ▶ 2.2% CU

▶ Locus susceptibles y fx de riesgo genéticos representan un 20-25% de los casos.

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

ENFERMEDAD DE CROHN.

Respuesta inflamatoria tipo granulomatosa que puede afectar cualquier área del tubo digestivo.

▷ Ileon terminal o el ciego son porciones del intestino donde la inflamación se produce con mayor frecuencia.

▷ Evolución lenta
▷ Progresiva
▷ Discapacitante.

Afecta a personas de 20 a 30 años - más común mujeres.

característica

▷ Lesiones granulomatosas, bien delimitadas, rodeadas de tejido mucoso de apariencia normal.

(Lesión son múltiples)

Lesiones segmentarias

Involucra todas las capas del intestino, capa mucosa es la que más sufre la mayor afección

Apariencia

▷ "Empedrado"

con el tiempo la pared intestinal se vuelve dura e inflexible.

Manifestaciones clínicas

es variable

▷ Períodos de exacerbación y remisiones.

Síntomas Principales

de acuerdo al área afectada

▷ Diarrea
▷ Dolor Abdominal
▷ Pérdida de peso
▷ A. hidroelectrolíticas
▷ Anemias
▷ Fiebre

afecta

▷ Capa submucosa en mayor medida que la mucosa

Complicación

▷ Formación de fistulas
▷ Abscesos abdominales
▷ Obstrucción intestinal.

Dx

▷ Exploración física y antecedentes del dx

se utiliza

▷ Sigmoidoscopia
▷ Coprocultivos
▷ Muestras frescas de heces.
▷ Radiografías con contraste
▷ Tomografías computarizadas

Tx

No existe cura para enf. Crohn

▷ Se centran en terminar con la respuesta inflamatoria y promover la cicatrización, manteniendo una nutrición adecuada

Medicamentos

▷ Corticosteroides
▷ Sulfasalazina
▷ Metronidazol
▷ Azatioprina
▷ 6-mercaptopurina
▷ Metotrexato
▷ Infliximab.

Deficiencia nutricional

▷ Dieta alta en calorías
▷ Elementales
▷ A. Parenteral

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA

COLITIS ULCEROSA

Alteración inflamatoria inespecífica del colon.
- Respuesta inflamatoria está limitada principalmente a la capa mucosa y submucosa.
- Confinada al recto y el colon.

Manifestaciones clínicas

Cuadros recidivantes marcados por episodios de diarrea.

Heces suelen contener sangre o moco.

Colico intestinal leve
Incontinencia fecal

Frecuentes

▷ Anorexia
▷ Debilidad
▷ Fatiga

Se puede clasificar por la extensión del colon y como la debe: moderada, grave o fulminante.

Más frecuente

1 Leve = menos de cuatro evacuaciones al día.

3 Grave = más de 6 evacuaciones/día.

2 Moderada = más de 4 evacuaciones/día.

4 Fulminante = más de 10 evacuaciones/día.

Origen sistémico

La frecuencia de esas manifestaciones varían de un 6-47%.

Incidencia de cualquier edad más en = 15 y 25 años

Inicia en el recto y se disemina en sentido proximal

varia

Distancia de la extensión proximal.

Característica

▷ Lesión que se forman en las criptas de Lieberkühn, en la base de la capa mucosa.

se desarrolla

Necrosis y ulcerarse

Pseudopolipos

capa mucosa desarrolla proyecciones similares a lenguas = edipos.

Pared intestinal se engrosa

Más frecuente de EII es artritis.

axial/O

Dx y Tx

▷ Se basa en anamnesis y exploración física

se confirma

① Sigmoidoscopia
② Colonoscopia
③ Biopsia

② No realizar en CX con enf. grave = perforación

Decide de la extensión y gravedad de la enfermedad.

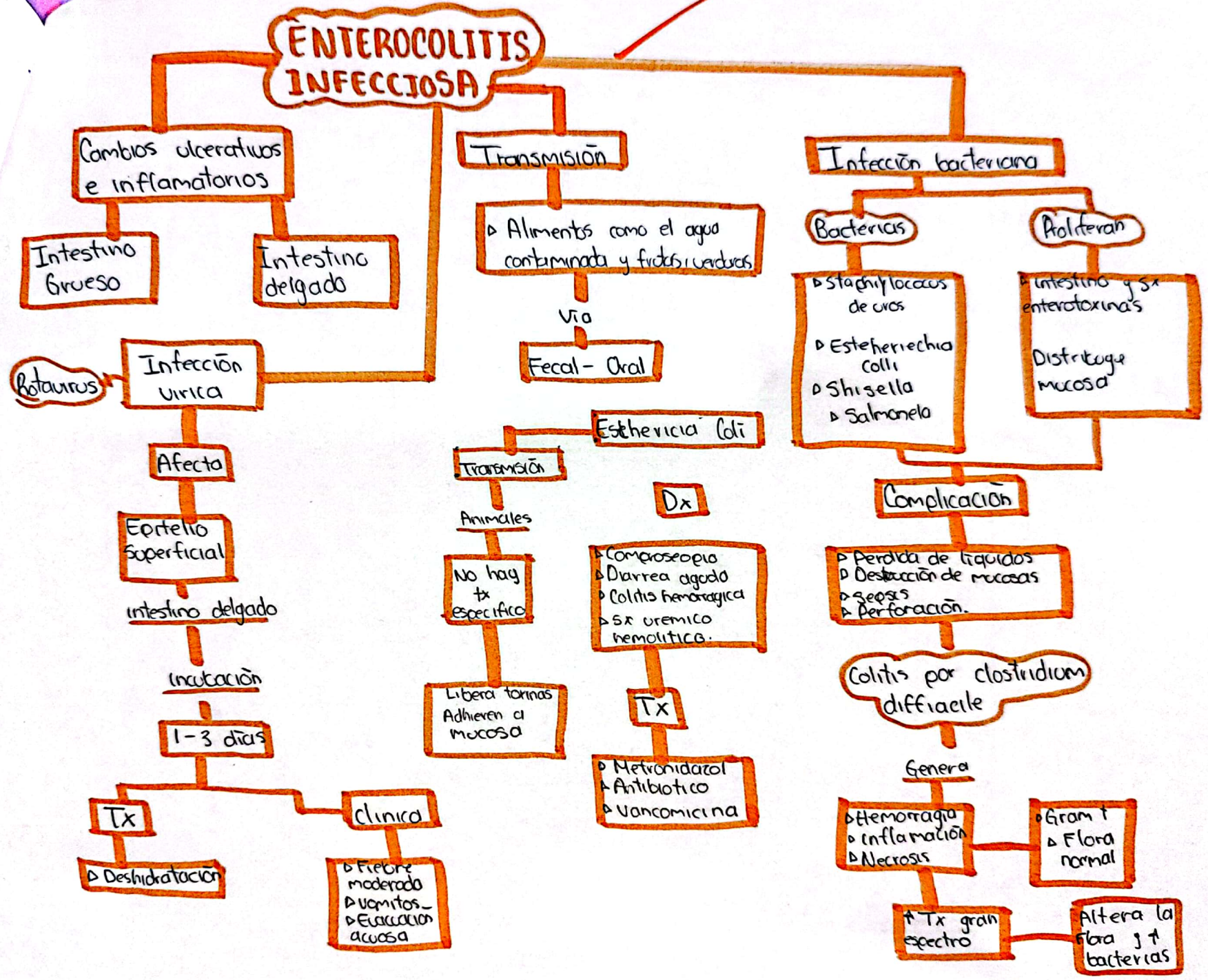
Px Leves a moderados

▷ cafeína, alcohol
▷ Condimentos y fósforos

Suplementos de fibra
Con la diarrea + síntomas rectales.

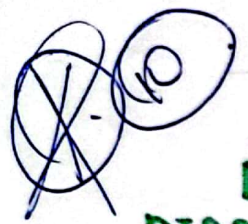
Farmacología

▷ Similares a los de Crohn
- Corticosteroides
- Inmunomoduladores



DIARREA

Eliminación excesivamente frecuente de heces reblandecidas o poco formadas.



DIARREA AGUDA

Persiste por menos de 2 semanas y es causada por agentes infecciosos

Se divide en

INFLAMATORIO

Características

Presencia de fiebre y diarrea sangrienta
caracterizado por

- ▶ Invasión de células intestinales.
- Shigella / Salmonella.
- ▶ Toxinas asociadas con C. difficile.
- ▶ Infección por E. coli O157:H7

- ▶ Afecta el colon
- ▶ Diarrea de menor volumen
- Cólicos en cuadrante inferior izquierdo
- ▶ Urgencia
- ▶ Tenesmo

Distinguir de la colitis ulcerosa aguda la disenteria infecciosa.

NO INFLAMATORIA

Características

- ▶ Gran volumen de heces acuosas
- ▶ No sangrientas
- ▶ Cólicos periumbilicales
- ▶ Distensión abdominal
- ▶ Náuseas
- ▶ Vómitos

Bacterias productoras de toxinas u otros agentes

- ▶ E. coli enterotoxigénico
- ▶ Vibrio cholerae
- ▶ S. aureus.

Alteran el proceso normal de absorción o secreción del ID

- ▶ Deshidratación
- ▶ Hipocalemia
- ▶ Acidosis metabólica

No invasión tisular

Leucocitos no presentes en heces.

Si se persiste más de 14 días no se atribuye a patógenos bacterianos.

PA debe de ser evaluado por cuadro de diarrea crónica.

DIARREA CRÓNICA

Se considera crónica cuando los síntomas persisten >4

Se relaciona frecuentemente

- ▶ Alteraciones: EII, SII
- ▶ Síndrome de malabsorción
- ▶ Alteración endocrina
- ▶ Colitis por radiación.

Razones principales

- ▶ Contenido luminal hiperosmótico
- ▶ ↑ Actividad de secreción intestinal
- ▶ Alteraciones inflamatorias
- ▶ Procesos infecciosos.

Diarrea simulada

- Consumo indiscriminado de laxantes
- Ingesta excesiva de alimentos con propiedades laxantes.

Diarrea Osmótica

Agua atraída hacia el interior del intestino por naturaleza hiperosmótica

No absorben las partículas con actividad osmótica.

La intolerancia a la lactosa también lo puede provocar. Por la falta de enzima.

Lactosa alcanza el intestino grueso

Flora intestinal

Diarrea Secretora

▶ Intensificación del proceso de secreción del intestino.

Tiene lugar

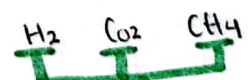
Exceso de ácidos biliares al tiempo que este ingresa al colon.

Procesos patológicos del ileon = sales biliares se absorben

sobrepoblación bacteriana del ID

- Tumores
- S. Zollinger-Ellison
- S. Carcinoma.

Reducción en el tiempo de tránsito al traves del intestino, interfiere en la absorción



Se descompone en a. grasos de cadena corta

vía de resorte

DIARREA

INFLAMATORIA

Asociado frecuentemente con inflamación aguda o crónica, enf. del colon = colitis ulcerosa o Enf. Crohn

Se identifica

- Frecuencia de evacuaciones
- Urgencia que experimenta
- Dolor tipo cólico

Acompañado

- Tenesmo
- Manchado fecal de la ropa
- Levantarse en la noche para defecar (urgencia).

Dx

se hace

- Informe de evacuaciones frecuentes
- Revisión de los antecedentes de los factores acometidos

- Comorbilidades
- Uso de medicamentos
- Exposición a posible patógenos intestinales.

Descartar

- EII
- Enf. celiaca

Diarrea del Viajero

Si inicio despues de una visita a algun país

Tx

Objetivo terapeutico

Reemplazo de líquidos y electrolitos.

Medicamentos

- Difenoxilato
- Loperamida

Reducen

Mortalidad intestinal
Estimulan la absorción de agua y electrolitos.

Absorbentes

Kaolin y pectina
Absorben irritantes y toxinas del intestino

Se puede utilizar

Salsalicato de bismuto = ↓ frecuencia de las evacuaciones y ↑ consistencia de heces en especial en diarrea del viajero.

Se pueden reservar para personas con patógenos entericos identificados.

Antibióticos

No usar antidiarreicos en px con diarrea sangrientas, fiebre alta o signo de toxicidad.

APENDICITIS

Proceso inflamatorio extendido a la capa serosa del apéndice y el peritoneo.

Dolor 3^{er} cuadrante

- Cuadrante inferior

contraindicado

Por unido de larvas o sidos

- Pericia el dolor la palcación profunda del abdomen en el cuadrante inferior derecho

Ubicado cerca del sitio del apéndice inflamado

El apéndice se inflama, se edematiza y se gangrena y puede eventualmente se pueden perforarse si no es tratado a tiempo.

Origena

Obstrucción intraluminal debido a un fecalito, calculos biliares, tumores, parásitos o tejidos linfáticos.

Inicio abrupto en el epigastrio o el area periumbilical. Por dolor causado

Distensión del apéndice por el proceso inflamatorio

Inicia

Dolor vago

2-12 h se va incrementando de forma gradual y se vuelve de tipo colico.

Características

Personas con apendicitis pueden ubicar su dedo directamente en el area sensible.

- Dolor a la compresión
- Espasmos

Dx

D síntomas y fiezgo a la exploración física.

- Ecografía
- Tomografía computadorizada

Tx

- Resección quirúrgica

complicaciones

- Peritonitis
- Absceso peritapendicular
- Sepsis

ESTREÑIMIENTO

Se refiere a una evacuación poco frecuente incompleta o de difícil expulsión de las heces.

CAUSAS FRECUENTES

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

Se presenta como una alteración primaria de motilidad intestinal.

- Efecto adverso de los medicamentos
- Síntoma de lesiones obstructivas en tubo digestivo

Tx:

- Adoptar posición de cuclillas elevando pies
- Consumo de líquidos
- Ejercicio moderado
- Laxantes
- Enemas (moderados)

Dx:

- Antecedentes de evacuación infrecuentes
- Paso de heces duras y escurridas
- Exploración rectal
- Detectar posibilidad de que sea signo de otra patología

CLASIFICACIÓN

Tránsito Normal

Se caracteriza por una dificultad persistente para defecar y responde bien al incremento de líquidos y fibra.

Tránsito Lento

- Evacuaciones poco frecuentes
- Se deriva por alteraciones en la función del colon

↓ variante extrema

Enf. de Hirschsprung

No hay celulas ganglionares en el intestino distal por un defecto en el enteron.

Alteraciones en evacuación

- Lactancia
- ~~Enfermedad~~
- ▶ Niños tempranos