



Mi Universidad

Mapas mentales

María Fernanda Monjaraz Sosa

Cuarto parcial

Fisiopatología III

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina humana

Cuarto semestre grupo B

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

NO ES
PREVENIBLE

Trastorno común que afecta al
intestino grueso

Tratamiento farmacológico

- Antiespasmódicos
- Antidiarreicos
- Laxantes

Tratamiento no farmacológico

- Aumento gradual de fibra
- Evitar irritantes
- Correcta hidratación

- Anamnesis y exploración física
- Criterios de Roma IV

Criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable
(SII) según el consenso Roma-III (1999)

Criterios básicos

Al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas,
en los 12 meses precedentes, de dolor o malestar
abdominales asociados al menos a dos de las tres
características siguientes:

1. El dolor alivia con la defecación, y/o
2. El comienzo del dolor se asocia con un cambio
en la frecuencia de las deposiciones, y/o
3. El comienzo del dolor se asocia con un cambio
en la forma (aparición) de las deposiciones

Otros criterios que apoyan el diagnóstico de forma acumulativa

Frecuencia anormal de deposiciones (> 3 día
o < 3 semana)
Forma anormal de las heces (caprinas, muy duras,
semilíquidas o líquidas)
Defecación anormal: urgencia, esfuerzo excesivo,
sensación de defecación incompleta
Mucorrea
Hinchazón o sensación de distensión abdominal

Subtipos

- SII con estreñimiento
- SII con diarrea
- Mixto

Epidemiología

- Más prevalente
en mujeres
- Adolescentes y
adultos

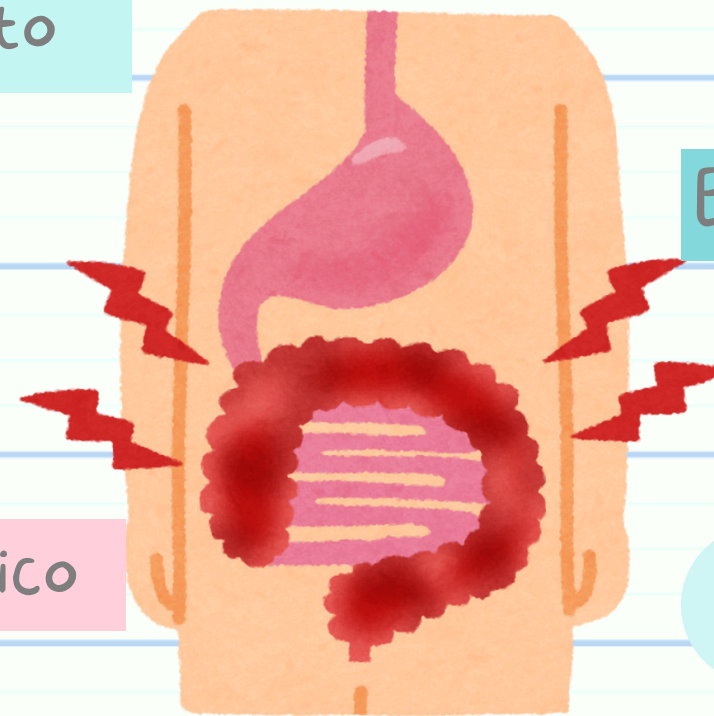
Diagnóstico

Cuadro clínico

- Distensión abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Flatulencias

Fisiopatología

Alteraciones de la
motilidad
gastrointestinal y
sensibilidad viscera





Enfermedad inflamatoria intestinal crónica que causa inflamación del tracto digestivo.



- Dolor abdominal
- Diarrea acuosa
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Sangrado rectal
- Cansancio
- Anorexia

- No farmacológico
- Dietas bajas en residuos
 - Evitar alimentos irritantes
 - Manejo del estrés
 - No fumar

- Farmacológico
- Antiinflamatorios
 - Inmunosupresores
 - Terapias biológicas



Tratamiento

ENFERMEDAD DE CROHN

¿Qué es?

Cuadro clínico

Fisiopatología

Diagnóstico

Prevención

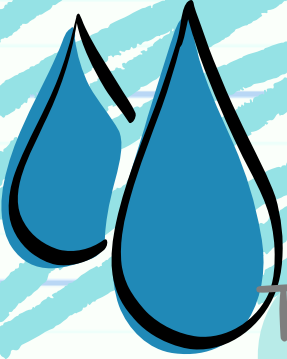
- Análisis de sangre y heces
- Colonoscopia
- Endoscopia
- TAC

No es una enfermedad prevenible

Es la inflamación crónica intestinal que se produce a partir de la reactividad anormal de los linfocitos T ante la flora bacteriana enteral.



NO ES PREVENIBLE



Tratamiento no farmacológico

- Buena hidratación
- Pequeñas comidas frecuentes
- Correcto manejo del estrés

Tratamiento farmacológico

- Corticoesteroides
- Inmunomoduladores

- de
- Análisis sangre
 - Historia clínica y examen físico.
 - Endoscopia
 - Biopsia

Tratamiento

¿Qué es?

Epidemiología

COLITIS ULCERATIVA

Cuadro clínico

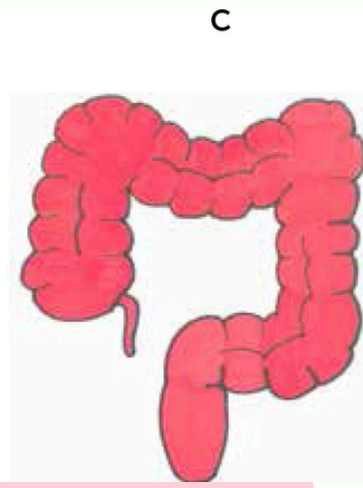
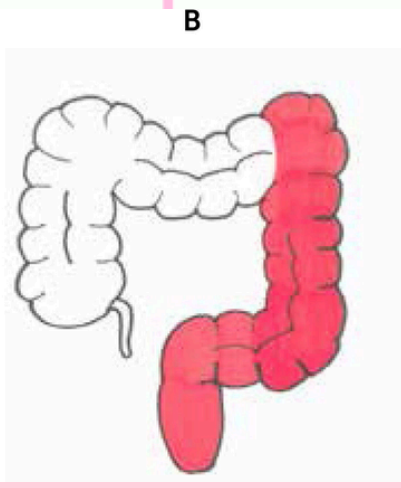
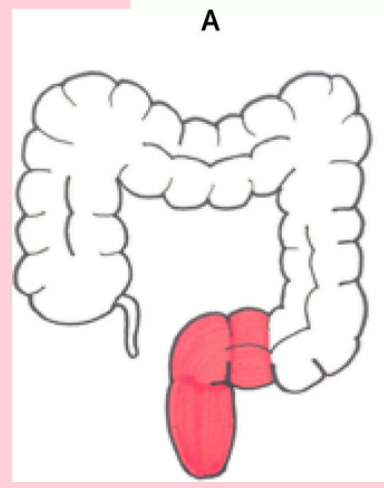
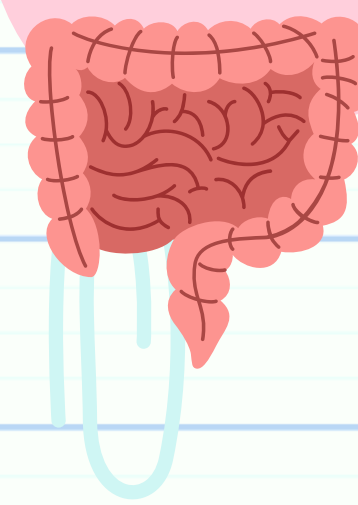
Diagnóstico

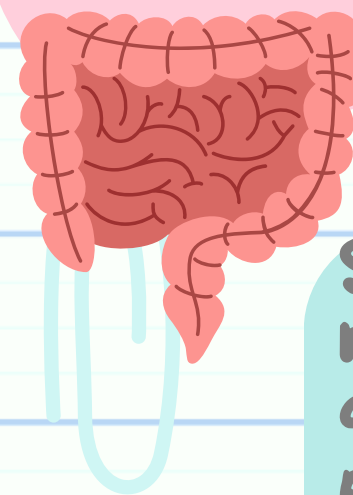
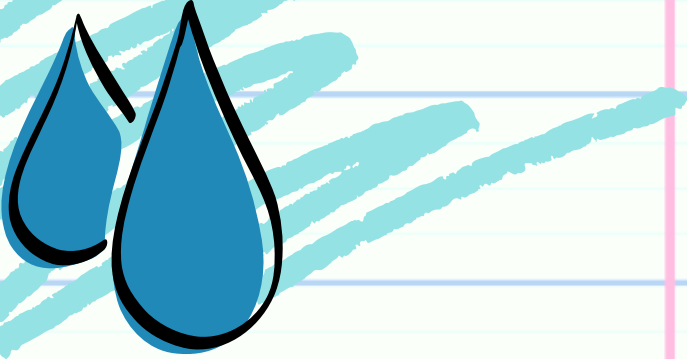
Tipos

- Proctitis ulcerosa: afección limitada al recto.
- Colitis ulcerosa distal: afectación distal al ángulo espléico.
- Pancolitis: afectación desde el recto hasta el ángulo hepático.

- Más común en personas blancas.
- Más común en la segunda y cuarta década de vida.
- Más prevalente en hombres

- Diarrea (a veces con sangre y pus).
- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Necesidad urgente de defecar.

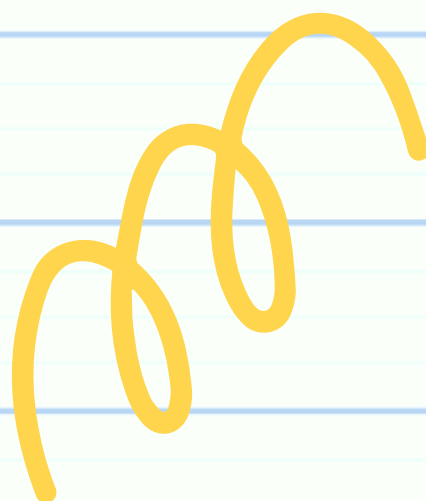
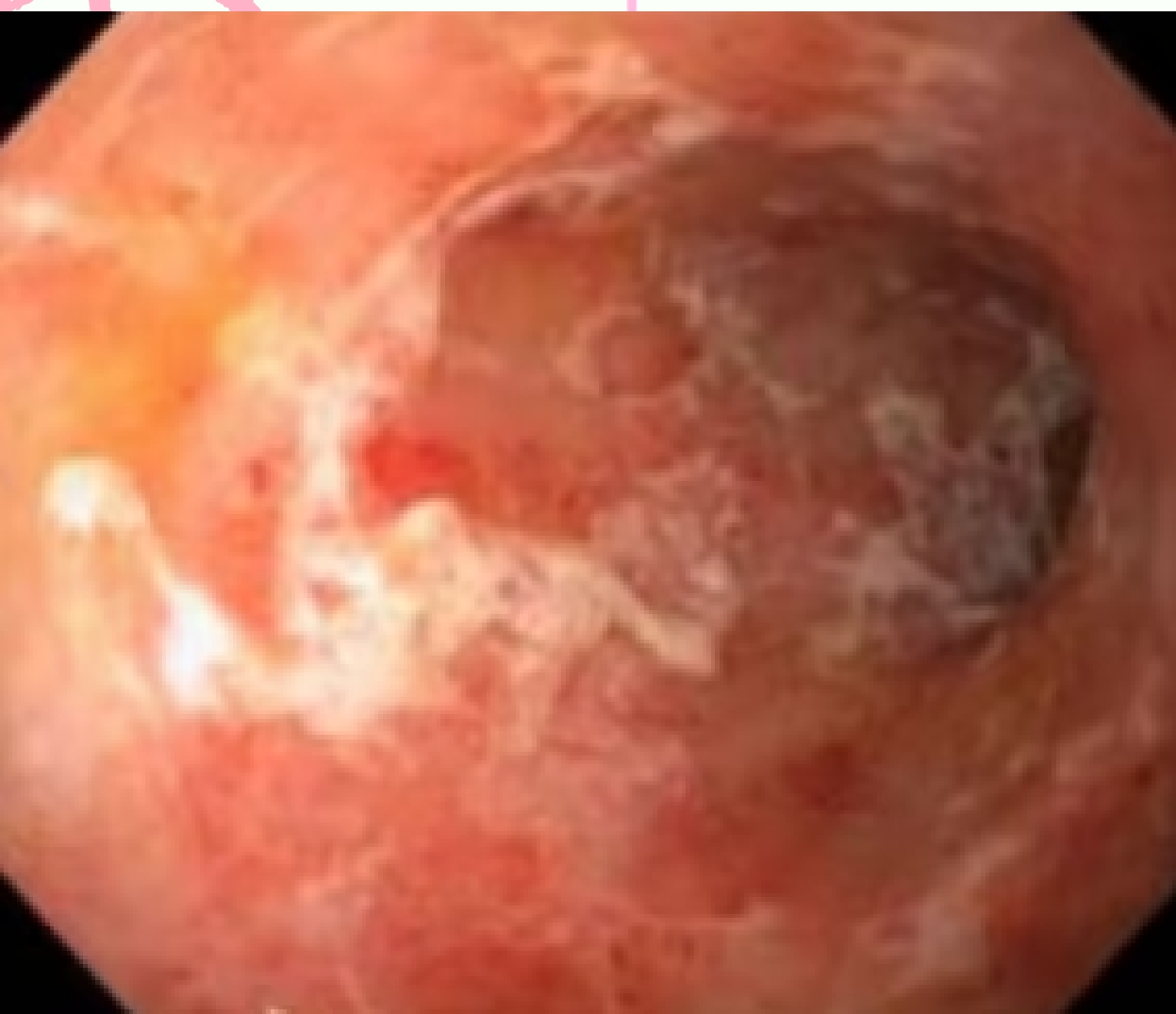




COLITIS ULCERATIVA

Fisiopatología

Suele comenzar en el recto, puede permanecer ahí o extenderse en sentido proximal, a veces con compromiso al colón. La inflamación causada compromete a la mucosa y la submucosa. En estadios tempranos de la enfermedad, se observa una mucosa eritematosa, finamente granulosa y friable, con pérdida del patrón vascular normal.



NO ES PREVENIBLE

Enfermedad autoinmune que reacciona contra el gluten de forma anormal, afectando al intestino delgado.

- Dieta libre de gluten
- Dapsona (para la erupción)
- Suplementos

TRATAMIENTO

¿QUÉ ES?

EPIDEMIOLOGÍA

- Mayor prevalencia en mujeres
- Frecuente en edad adulta

ENFERMEDAD CELIACA

SIGNOS Y SÍNTOMAS

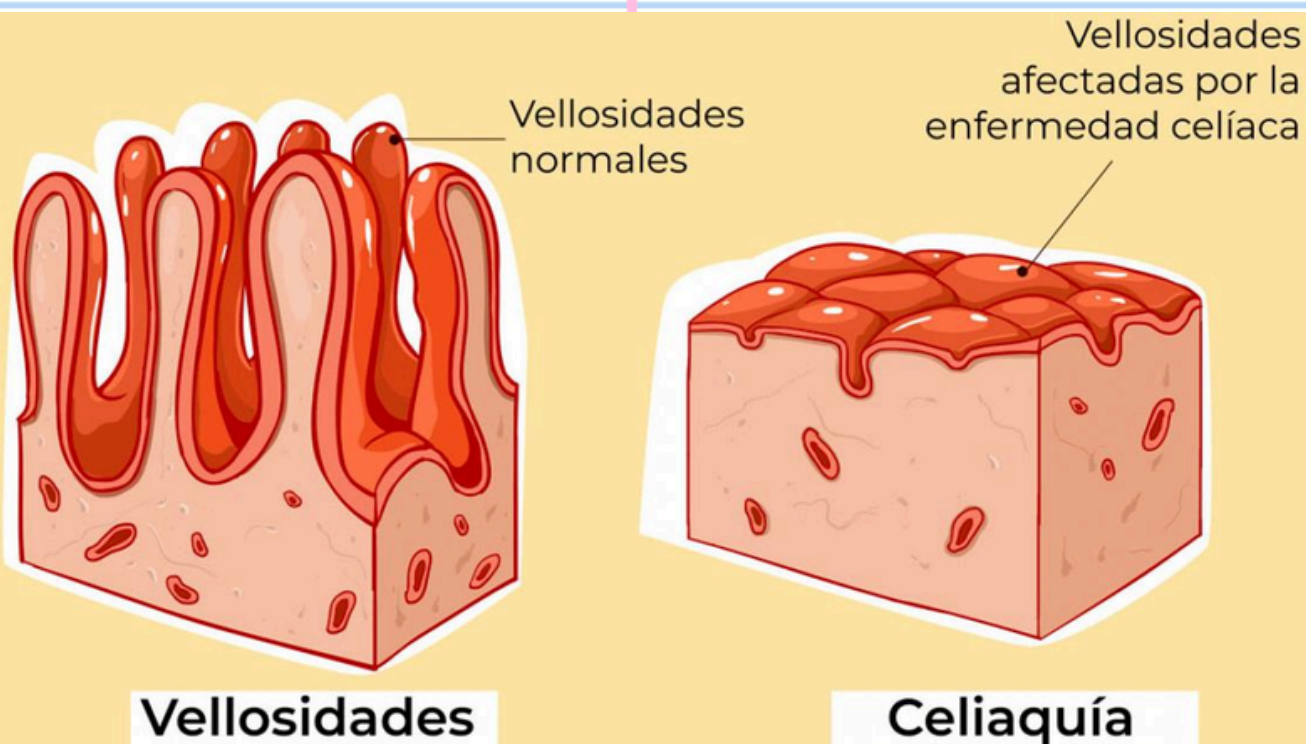
- Anemia
- Pérdida de peso
- Distensión abdominal
- Diarrea crónica
- Flatulencias

- Análisis de sangre
- Biopsia intestinal

DIAGNÓSTICO

Fisiopatología

La ingestión de gliadina provoca activación de linfocitos reactivos a gliadina en el intestino.





Apendicectomía

- Signo del psoas: dolor en extensión de cadera en decúbito lateral izquierdo.
- Signo del obturador: dolor en hipogastrio por rotación interna del muslo derecho flexionado en decúbito supino.
- Signo de McBurney: dolor en $\frac{1}{3}$ externo con $\frac{2}{3}$ internos de la línea entre ombligo y EIAS



Inflamación del apéndice

Tratamiento

¿Qué es?

APENDICITIS

Signos

Diagnóstico

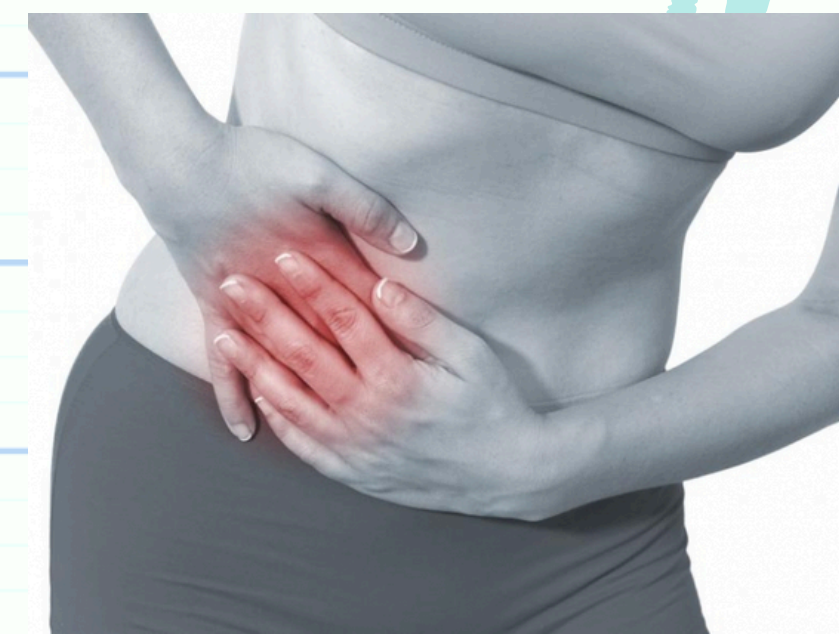
- Tomografía computarizada (gold standard)
- Exploración física
- USG abdominal

Causas

- Obstrucción limal (más común)
- Fecalito
- Parásitos
- Tumores

Cuadro clínico

- Dolor periumbilical y epigástrico
- Náuseas y vómitos
- Inflamación progresiva
- Fiebre



- Congestión vascular predominio venoso.
- Primeras horas

de

4-6

Fase
edematosa

APENDICITIS

Fase
gangrenosa

Fase
perforada

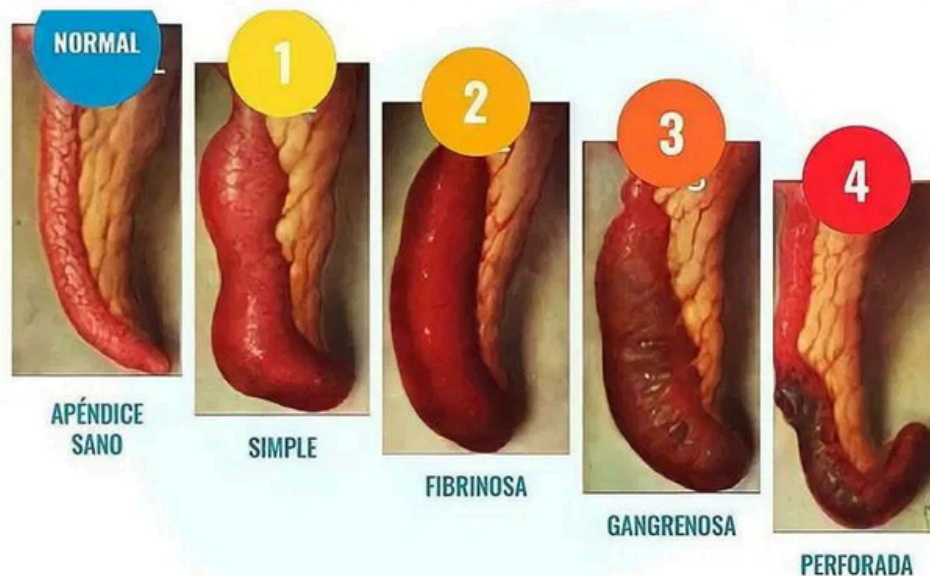
Fase
supurativa

- Aparición de exudado fibrinopurulento
- 6-12 horas posteriores al inicio.

- La pared del apéndice se perfora y libera su contenido (peritonitis localizada o difusa).
- Mayor a 24 horas

- Compromiso arterial, linfático y venoso.
- Más cantidad de contenido purulento.
- 12 a 24 horas posteriores al inicio.

Etapas de la apendicitis



REFERENCIAS

**NORRIS, T. L. (ED.). (2019). PORTH
FISIOPATOLOGIA: ALTERACIONES DE
LA SALUD. CONCEPTOS BASICOS (10.^a
ED.). WOLTERS KLUWER.**

