



**Nombre de alumno: Gloria Villatoro  
Hernández.**

**Nombre del profesor: Dr. Fernando Romero  
Peralta.**

**Materia: Enfermería médico quirúrgico II**

**Nombre del trabajo: Ensayo “Valoración  
del paciente con problemas digestivos”**

**Grado: 6to Cuatrimestre.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Grupo: A**

Pichucalco; Chiapas a 11 de mayo de 2020.

## **Valoración del paciente con problemas digestivos.**

“Los síntomas y trastornos digestivos son bastantes frecuentes. La anamnesis y la exploración física suelen ser suficientes para tomar una decisión en pacientes con síntomas menores; en otros casos, es necesario realizar estudios complementarios. Iniciando con anamnesis. Utilizando entrevistas con preguntas abiertas, el médico identifica la localización y calidad de los síntomas, y cualquier factor que los agrave o alivie. El dolor abdominal es una dolencia gastrointestinal frecuente. La determinación de la localización del dolor puede ayudar con el diagnóstico. Por ejemplo, el dolor en el epigastrio puede reflejar problemas del páncreas, el estómago o el intestino delgado. El dolor en el cuadrante superior derecho puede reflejar problemas en el hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares, como colecistitis o hepatitis. El dolor en el cuadrante inferior derecho puede indicar inflamación del apéndice, el íleon terminal, o el ciego, lo que sugiere apendicitis, ileítis o enfermedad de Crohn. El dolor en el cuadrante inferior izquierdo puede indicar diverticulitis o estreñimiento. El dolor en el cuadrante inferior izquierdo o derecho puede indicar colitis, ileítis o etiologías ováricas en mujeres.

Interrogar a los pacientes acerca de la irradiación del dolor puede ayudar a esclarecer el diagnóstico. Por ejemplo, el dolor que se irradia al hombro puede reflejar colecistitis, porque la vesícula biliar puede estar irritando el diafragma. El dolor que se irradia a la espalda puede reflejar pancreatitis. Solicitar a los pacientes que describan el carácter del dolor es decir, agudo y constante, oleadas de dolor sordo y su aparición repentina, como resultado de una perforación de una víscera o la ruptura de un embarazo ectópico puede ayudar a diferenciar las causas.

Se debe interrogar a los pacientes acerca de cambios en la alimentación y la evacuación. En cuanto a la alimentación, se le debe preguntar a los pacientes acerca de dificultad para tragar a lo que denominamos disfagia, inapetencia, y presencia de náuseas y vómitos. Si los pacientes tienen vómitos, se debe interrogar acerca de su frecuencia y duración, y si han observado sangre o material similar a borra de café, sugestivos de hemorragia digestiva. Asimismo, se les debe preguntar a los pacientes sobre el tipo y la cantidad de líquidos que han intentado beber, y si han podido retenerlos. En cuanto a la evacuación, se debe preguntar a los pacientes cuándo fue su última deposición, cuál ha sido su frecuencia evacuatoria y si esta representa un cambio respecto de su frecuencia habitual. Es más útil pedir información específica, cuantitativa, acerca de las deposiciones que preguntar si hay estreñimiento o diarrea, dado que distintas personas emplean estos términos de manera

bastante diferente. Asimismo, se debe solicitar a los pacientes que describan el color y la consistencia de la materia fecal, incluido si ha tenido deposiciones negras o sanguinolentas, purulentas o mucoides. Se debe preguntar a los pacientes que observaron sangre si esta revestía la materia fecal, estaba mezclada con la materia fecal o si eliminaron sangre sin materia fecal. En las mujeres, es importante una anamnesis ginecológica, porque los trastornos ginecológicos y obstétricos pueden manifestarse por síntomas gastrointestinales. Corresponde evaluar síntomas inespecíficos asociados, como fiebre o pérdida de peso. La pérdida de peso es un síntoma asociado que puede indicar un problema más grave y debe instar al médico a realizar una evaluación más exhaustiva.

Los pacientes describen de manera diferente sus síntomas según su personalidad, la repercusión de la enfermedad sobre su vida y las influencias socioculturales. Por ejemplo, un paciente con una depresión grave puede minimizar las náuseas y los vómitos o informarlos indirectamente, mientras que un paciente histriónico puede describirlos con urgencia dramática. Los elementos importantes de los antecedentes personales comprenden trastornos gastrointestinales diagnosticados previamente, cirugía abdominal previa, y el uso de medicamentos y sustancias que podrían causar síntomas gastrointestinales.

La exploración física podría comenzar con la inspección de la orofaringe para evaluar la hidratación, úlceras o posible inflamación. El abdomen con el paciente en decúbito supino puede confirmar a la inspección un aspecto convexo en caso de obstrucción intestinal, ascitis, o rara vez en presencia de una masa de gran tamaño. Luego, debe realizarse la auscultación para determinar la presencia de ruidos hidroaéreos. La percusión revela hiperresonancia o timpanismo cuando hay obstrucción intestinal y matidez cuando hay ascitis, y puede determinar los límites del hígado. La palpación debe ser sistemática, al principio suave para identificar zonas de dolor a la palpación y, si es tolerada, más intensa a fin de localizar masas u organomegalias.

Cuando el abdomen es doloroso a la palpación, se debe evaluar a los pacientes para detectar signos peritoneales, como defensa y dolor a la descompresión. La defensa es una contracción involuntaria de los músculos abdominales que es algo más lenta y más sostenida que la contracción rápida y voluntaria de los pacientes sensibles o ansiosos. El dolor a la descompresión consiste en una contracción definida cuando el examinador retira de manera brusca la mano. Deben palparse las regiones inguinales y todas las cicatrices quirúrgicas para investigar hernias.

El tacto rectal con búsqueda de sangre oculta y en las mujeres la exploración pelviana completa la evaluación del abdomen. Estudios complementarios se realizan a los pacientes con síntomas agudos, inespecíficos y un examen físico sin particularidades rara vez requieren estudios complementarios. Los hallazgos sugestivos de enfermedad significativa síntomas de alarma deben instar a una evaluación adicional: anorexia, anemia, Sangre en materia fecal, disfagia, fiebre, hepatomegalia, dolor que despierta al paciente, náuseas y vómitos persistentes, pérdida de peso. Los síntomas crónicos o recurrentes, aun con una exploración sin hallazgos particulares, también justifican una evaluación. ver Procedimientos digestivos diagnósticos y terapéuticos para las pruebas GI específicas.” (digestivos, s.f.)

## Bibliografías.

digestivos, E. d. (s.f.). *manual MSD*.

[http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia\\_fisio\\_es.pdf](http://www.scdigestologia.org/docs/patologies/es/anatomia_fisio_es.pdf). (s.f.). *http:*

<https://www.msmanuals.com/es-cr/professional/trastornos-gastrointestinales/abordaje-del-paciente-c>