

ENSAYO

**ALTERACIONES DE LA CAVIDAD GASTRICA**

MAESTRO: VELAZQUEZ PEREZ ALFONSO

ALUMNO (A): GARCIA ROBLEDO BERENICE

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO II

GRADO: 6TO CUATRIMESTRE

MODALIDA: LIC .EN ENFERMERIA SEMIESCOLARIZADO

GRUPO: "A"

CAMPUS FRONTERA COMALAPA CHIAPAS.

18 DE JULIO DEL 2020

## INTRODUCCIÓN

El aparato digestivo es un sistema fundamental para el cuerpo y la vida del ser humano.

El aparato digestivo es el conjunto de órganos que se encarga del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que puedan ser absorbidos y utilizados por las células del organismo.

Las funciones que realiza son: transporte de alimentos, secreción de jugos digestivos, absorción de nutrientes y excreción mediante el proceso de defecación. El proceso de la digestión consiste en transmitir los glúcidos, lípidos y proteínas contenidos en los alimentos en unidades más sencillas, gracias a las enzimas digestivas, para que puedan ser absorbidos y transportados por la sangre.

Es por ello de suma importancia poner atención a la salud bucal y digestiva ya que al no tener cuidados adecuados estas pueden presentar alteraciones las cuales pueden cobrar hasta la vida del paciente. Y como enfermera tenemos la responsabilidad de dar a la paciente orientación con el objetivo de prevenir patologías digestivas que al no tener un buen cuidado estas puedan agravarse. Encontramos fundamentalmente con tres signos guía: 1.- Dolor abdominal, 2.- alteraciones del tránsito 3.- sangrado.

Siguiendo estos síntomas, describiremos las patologías más frecuentes las cuales pueden darse por cualquier mecanismo.

Se expondrá mediante un esquema en el que se expondrá la clínica, la edad más frecuente de presentación, la forma adecuada de realizar un diagnóstico correcto con los posibles diagnósticos diferenciales, su tratamiento y en algunos casos las consideraciones especiales que cada patología merezca.

Expondremos: ingestión de cuerpos extraños y cáusticos, esofagitis, acalasia, hernia de hiato, enfermedad por reflujo gastroesofágico, bezoares, estenosis hipertrófica del píloro, litiasis biliar, divertículo de Meckel y un planteamiento general de la hemorragia digestiva y del abdomen agudo, apendicitis, pólipos, invaginación intestinal, enfermedad de Hirschsprung, fisuras y fístulas anales y prolapso rectal entre otros.

## **DESARROLLO                    INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS**

Es frecuente en niños menores que tienen algún objeto pequeño en la boca. Los más comunes son las monedas o piezas pequeñas de juegos, así como las pilas planas. Hay que tener especial cuidado con los objetos que quedan detenidos en el esófago (que siempre habrá que extraer), producen un espasmo que favorece la descarga de la pila y la posibilidad de producir lesiones graves como quemadura eléctrica que pueden llegar a la perforación esofágica. Si la ingesta ha sido de dos imanes o un imán y un objeto metálico la posibilidad de lesiones y fístulas intestinales es importante, por lo que deberán extraerse.

La mayoría de los demás objetos, una vez rebasado el esófago es muy fácil que pasen el píloro y sean expulsados espontáneamente en unos pocos días. Puede favorecerse el avance mediante una dieta rica en fibra y la administración de procinéticos. Si el cuerpo extraño quedara retenido en el estómago durante semanas, hay que extraerlo mediante una endoscopia, ya que a veces los pliegues gástricos lo fijan y lo “estuchan”.

## **INGESTIÓN DE CÁUSTICOS**

La lesión digestiva puede ser producida por ácidos o por álcalis, los casos graves se dan con pH entre 2-3 o bien con pH entre 11 y 12. En general los niños suelen ingerir cáusticos alcalinos porque no tienen mal sabor como por ejemplo detergentes, jabones limpia hornos, desatascadores, lavavajillas etc. Es típica la ingestión de lavavajillas de bar, que suelen ser muy potentes, llevan sustancias aromatizantes y hay que diluirlos, con lo que suelen estar en recipientes que no son el del producto original sino en botellas de refresco que quedan al alcance del niño (“niños de bar” o síndrome de Butarelli).

los síntomas guía son la disfagia y las lesiones orofaríngeas. El diagnóstico se hace por endoscopia en las primeras 24-28 horas y se instaura un tratamiento con corticoides, inhibidores de la bomba de protones y protección antibiótica. Nunca hay que provocar el vómito. En caso de lesiones importantes o circulares, hay que hacer una nueva endoscopia en 15-20 días para valorar si se ha establecido una cicatriz estenótica y hay que empezar un programa de dilataciones. En algunos casos se puede dejar una sonda nasogástrica para que haga de molde y permita la alimentación del paciente.

## **ACALASIA**

También llamada cardiospasmio. Sus síntomas guía son la regurgitación postprandial, una disfagia “caprichosa”, tos nocturna y a veces alteraciones pulmonares por micro aspiraciones. Suele aparecer en edad prepuberal. Puede asociarse a trastornos psicológicos o de la conducta. El diagnóstico se hace por sospecha clínica, esofagograma y/o endoscopia y manometría. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con las estenosis esofágicas a nivel del cardias. El tratamiento son las dilataciones y si estas fracasan hay que recurrir a la cardiomiectomía extramucosa (intervención de Heller)

## **REFLUJO GASTROESOFÁGICO. HERNIA DE HIATO.**

Es una enfermedad digestiva en la que el ácido o la bilis estomacal irrita el revestimiento del esófago. La hernia de hiato es una afección en la cual la parte superior del estómago se abulta a través de una abertura en el diafragma. Este músculo delgado que separa el estómago del tórax y ayuda a impedir que el ácido pase hacia el esófago. Cuando usted tiene una hernia hiatal, es más fácil que el ácido suba. La unión esofagogástrica es una encrucijada que requiere una función muy bien estructurada y en la que influyen multitud de factores, desde el esfínter esofágico inferior, la cantidad de esófago intraabdominal y los repliegues mucosos, hasta el ángulo de His. Esta unión esofago gástrica debe: \* asegurar el paso fácil de los alimentos, \*permitir el eructo y el vómito.\* oponerse al RGE El diagnóstico es clínico y puede confirmarse por PHmetría, tránsito digestivo alto, manometría, impedanciometría y gammagrafía, teniendo cada una de ellas sus indicaciones, sus ventajas e inconvenientes. El tratamiento es secuencial, iniciándose por el tratamiento postural y dietético, médico (antiácidos, inhibidores de la bomba de protones, etc.) y en caso de fracaso hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. La cirugía está indicada cuando: fracasa este tratamiento médico

## **BEZOARES**

Es la concreción de sustancias no digeridas en el interior de la luz del tracto digestivo, en general estómago e intestino delgado (si es de lácteos: lactobezoar; de pelo: tricobezoar y de vegetales: fitobezoar). Los síntomas guía son: antecedente de “pica”, masa epigástrica, dolor abdominal, anorexia, vómitos, pérdida de peso y anemia ferropénica. Se presenta en general a partir de los tres años. El diagnóstico se hace por sospecha de una patología asociada (por ejemplo, alopecia en pacientes que se comen su propio cabello) y por Rx y endoscopia. El tratamiento es la extracción del bezoar. Puede asociarse a pacientes celíacos.

## **ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO (EHP)**

La EHP es la hipertrofia de las capas musculares del píloro que forman la oliva pilórica. La etiología es desconocida, aunque existen muchas hipótesis todas ellas controvertidas. Es más frecuente en varones. La clínica se inicia con vómitos proyectivos, alimentarios, sin contenido bilioso, que conducen a un aplanamiento de la curva ponderal. Suele asociarse estreñimiento. Muchas veces también hay un RGE asociado que favorece y aumenta los vómitos (síndrome frenopilórico o de Roviralta). La edad de presentación está entre la semana de vida y los cuatro meses, con una frecuencia máxima entre la 2.<sup>a</sup> y la 4.<sup>a</sup> semana.

El diagnóstico de confirmación, una vez establecida la sospecha clínica, se realiza mediante una ecografía, que permite medir el grosor de las paredes del píloro y su longitud. Se aceptan como diagnósticos, un espesor de la pared de más de 3-4 mm, diámetro mayor a 13 mm y una longitud de más de 19 mm. El tratamiento, una vez corregido el estado hidroelectrolítico del paciente, es siempre quirúrgico mediante la piloromiotomía extramucosa.

## **LITIASIS BILIAR**

Los síntomas guía son el dolor abdominal en hipocondrio derecho, los vómitos o la ictericia, aunque en muchas ocasiones se trata de un hallazgo casual en una Rx o en una ecografía de control por otra causa.

Puede presentarse desde recién nacido hasta la pubertad. El diagnóstico se hace por ecografía. El tratamiento dependerá un poco de si existe una enfermedad litógena (por ejemplo: hemopatías como la esferocitosis, la talasemia o la drepanocitosis) o si no hay una causa conocida que sea la desencadenante de la litiasis. En principio, si no da clínica puede mantenerse en observación, ya que algunas de estas piedras desaparecen (en especial cuando se trata de barro biliar en lactantes). Puede intentarse también el tratamiento médico y si hay clínica importante la solución es quirúrgica (según los casos colecistectomía o colecistolitotomía).

## **DIVERTÍCULO DE MECKEL**

Este divertículo que asienta en el íleon está presente en un 2-4% de la población. El 60% de las complicaciones aparecen en la primera infancia. Este divertículo suele contener heterotopias tisulares, siendo el 43% gástrica, el 5% de la mucosa cólica, el 4% pancreática y el 3% duodenal.

La sintomatología puede presentarse de muchas formas distintas que no son excluyentes entre sí. Puede provocar desde una hemorragia digestiva (43%) a un cuadro oclusivo (28%), que incluye desde las bridas a la invaginación íleo-ileal, una diverticulitis inflamatoria (18%) simulando una apendicitis aguda o con un cuadro de perforación intestinal, hasta una onfalitis (por persistencia del conducto onfaloentérico (6%) o una perforación intestinal, en general por ulceración en la base del divertículo (5%) o más raro con una tumoración o con un cuerpo extraño alojado en su interior. El diagnóstico se hará según la sospecha clínica del cuadro que presente. La realización de una gammagrafía conTc-99 puede poner de manifiesto un divertículo de Meckel con mucosa gástrica. El tratamiento es siempre quirúrgico con la resección del divertículo.

## **HEMORRAGIAS DIGESTIVAS**

Hematemesis cuando el vómito contiene sangre, ya sea roja o en posos de café. La hematoquecia es la salida por el ano de sangre roja brillante u oscura mezclada con las heces. La rectorragia es sangre roja por vía rectal. Las melenas son heces negras y por último hay la posibilidad de sangre oculta en heces. En general la sangre roja alarma mucho y se tiende a sobreestimar su cantidad.

tener en cuenta que hay una serie de sustancias que pueden teñir el vómito o las heces por ejemplo (dulces, algunas frutas como los arándanos, laxantes, fenilhidantoína, rifampicina, lápices de colores, remolacha, bismuto, carbón activado, hierro, espinacas, regaliz, etc.

Ante una hemorragia digestiva alta debemos pensar en: ingestión de sangre procedente de la nasofaringe o de la lactancia materna, esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, varices esofágicas, ERGE, gastritis, duodenitis, ulcus, vólvulo gástrico, estenosis pilórica, etc. Siempre serán patologías que estén por encima del ángulo de Treitz. Si la hemorragia digestiva es baja puede ser que la sangre proceda de alguna de estas patologías altas, a las que hay que añadir gastroenteritis, intolerancia a las proteínas de la leche de vaca, invaginación, divertículo de Meckel, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), mal rotación

intestinal, duplicaciones, poliposis, hemangiomas, fisuras anales, hemorroides, prolapso, etc.  
Considerar seis aspectos:

\* valorar el estado general del paciente,\* valorar si es posible la cantidad de sangre perdida y asegurarse de que las pérdidas son realmente hemáticas y provienen del tubo digestivo,\*compensar las pérdidas, \* buscar la lesión responsable del sangrado,\* controlar la hemorragia, \* tratarla lo más específicamente posible. Para buscar la lesión responsable es útil saber si hay antecedentes de interés personales (enfermedades gastrointestinales, hepatopatías, coagulopatías, o si ha tomado medicación tipo AINES o anticoagulantes) y familiares (poliposis, ulcus, EII, hepatopatías, coagulopatías, etc.).

En la exploración valoraremos los signos vitales como frecuencia cardiaca, tensión arterial, llenado capilar... buscaremos lesiones dérmicas sugestivas (palidez, ictericia, drenaje venoso colateral, efélides, etc.) inspeccionaremos la nasofaringe para asegurarnos que la sangre no proviene de ahí. Haremos una exploración abdominal en busca de dolor, masas, esplenomegalia, etc., y por último una exploración perianal y anal en busca de pólipos o lesiones.

### **ABDOMEN ÁGUDO**

En un niño, una crisis de dolor abdominal que dure más de 3 horas debe considerarse como una urgencia hasta que no se demuestre lo contrario. Hay más de 130 causas de dolor abdominal en la infancia, pero el primer paso será establecer el diagnóstico diferencial entre una causa médica (gastroenteritis, infección urinaria, neumonía, etc.) y una causa quirúrgica (apendicitis, invaginación, torsión de epiplón, torsión de ovario etc.)

Para ello va a ser muy importante reparar en el síntoma de inicio, las horas de evolución, las características del dolor, su localización e irradiación, síntomas acompañantes y la edad.

## APENDICITIS

. Hay que destacar unos tipos de apendicitis que tienen unas especiales características:

\* Apendicitis retrocecal. Puede tardar en dar defensa en fosa iliaca derecha, es difícil de ver a veces en la ecografía y su clínica es más larvada. El signo del psoas puede ayudar a diagnosticarla, así como el tacto rectal en niños relativamente pequeños.

\* Apendicitis pélvica. Puede dar más sintomatología urológica por irritación de la vejiga por contacto, la localización del dolor no es la típica, aunque suele estar muy accesible al tacto rectal.

\* Apendicitis “antibiótica” en el paciente que está tomando antibióticos por algún motivo lo que retrasa y enmascara la clínica; muchas veces en estos casos se diagnostica cuando ya hay un plastrón apendicular instaurado.

\* Apendicitis en los pacientes de menos de tres años. En estos la evolución es mucho más rápida e inespecífica, dando un dolor más generalizado y difícil de localizar; la perforación se produce antes debido a la delgadez de la pared del apéndice y a la tendencia a la generalización de la infección por todo el peritoneo ya que el epiplón no llega a proteger el apéndice. Evidentemente el tratamiento de la apendicitis aguda en el niño es quirúrgico.

## INVAGINACIÓN INTESTINAL

Es la introducción de una porción de intestino proximal en el interior del intestino inmediatamente distal por la actividad peristáltica. El cuadro clínico llanto, vómitos y rectorragia con aspecto de jarabe de grosella. Hipotónico y rechaza el alimento. La mayoría de los casos se producen antes del año de edad y es muy rara a partir de los dos años. En los casos de niños mayores hay que descartar siempre una posible causa anatómica que actúe como cabeza de la invaginación

La confirmación es mediante ecografía. El tratamiento se realiza con un neumoenema o reducción hidrostática con control ecográfico, que consiguen reducir más del 85% de los casos. Este tipo de tratamiento solo está contraindicado si hay signos manifiestos de peritonitis, el paciente tiene muy mal estado general o se sospecha una causa orgánica. En estos casos y en los que no se consigue la reducción hay que intervenir de urgencia al



paciente realizando una reducción manual de la invaginación y si el asa está muy comprometida a veces hay que realizar una resección intestinal. Puede asociarse o no una apendicectomía incidental.

### **ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG (EH)**

Llamada megacolon agangliónico. Es la ausencia congénita de células ganglionares de los plexos mientéricos en un segmento variable del tubo digestivo, en general en recto-sigma, pero que puede extenderse hasta intestino delgado. La ausencia de transmisión de las ondas peristálticas en el segmento afecto hace que se produzca retención de heces y gas con la consiguiente dilatación. Puede asociarse a distintas anomalías como trisomía 21, atresia de esófago, atresia de ano, malformaciones urinarias o cardíacas, síndrome de Mowat

-Wilson, etc. El 50% de los casos dan sintomatología en el periodo de recién nacido, con retraso en la expulsión de meconio. A partir de la época de lactante se presenta como un estreñimiento de difícil manejo. La gravedad del cuadro suele estar relacionada con la longitud de intestino afecto, que puede ser desde una pequeña porción de recto hasta la afección de todo el recto, sigma y colon hasta el que abarca incluso el intestino delgado. En los casos graves se presenta una enteritis tóxica, con diarrea, mal estado general y la posibilidad de sepsis, por lo que el tratamiento de esta enfermedad debe considerarse una urgencia.

El diagnóstico se confirma biopsia y la longitud de la zona afecta se detecta mediante el enema opaco. El tratamiento es quirúrgico, así como evitar la enterocolitis tóxica.

### **PATOLOGÍA PERIANAL**

La más frecuente es la fisura anal, que suele estar a las 12 o a las 6 con el paciente en posición ginecológica. En general es secundaria a algún episodio de estreñimiento o de irritación perianal, que incluso a veces ha pasado desapercibido. Produce un sangrado al final de la deposición y al limpiar al paciente; la sangre es roja y en poca cantidad, aunque algunas veces llega a gotear. Es la causa más frecuente de sangrado anal. El tratamiento consiste en una regulación de las deposiciones, con algún laxante suave y un tratamiento cutáneo local.

Es posible que a través de ano aparezca una masa rojiza o granate, con aspecto sangrante y succulento. Hay que hacer el diagnóstico diferencial entre el prolapso rectal y la exteriorización de un pólipo rectal. El prolapso da una imagen con un orificio central mientras que la exteriorización de un pólipo se presenta como una masa sangrante, redondeada como en fresa. Además, en el pólipo existe el antecedente de deposiciones sanguinolentas con moco abundante. El prolapso no suele requerir tratamiento quirúrgico ya que se trata de un prolapso mucoso que con la edad disminuirá y basta con una regulación del ritmo intestinal y algunos cuidados en la defecación. El pólipo deberá ser resecado quirúrgicamente o mediante asa de polipectomía. Estos pólipos suelen ser pólipos juveniles (pólipo de retención mucosa) habitualmente únicos y si prolapsan por el ano es que asientan en el recto. Una vez extirpados no requieren nuevos controles, a diferencia del resto de poliposis, que son mucho más raras en la infancia y requieren un seguimiento estricto y un tratamiento adecuado al tipo de poliposis valorando las anomalías asociadas y la posibilidad de neoplasias futuras concomitantes. Otra lesión de fácil identificación es el absceso perianal, que requerirá drenaje y luego un control clínico para descartar que se establezca de forma secundaria una fístula perianal en el trayecto del absceso.

### **FÍSTULAS PERIANALES**

Es un proceso infeccioso –absceso perianal– que ha dejado un trayecto fistuloso desde la glándula infectada hasta el exterior del ano. Pueden fibrosarse y curar solas o tener varias recaídas. En el caso de que se cronifiquen está indicada la intervención quirúrgica y puesta a plano. En estos casos hay que pensar en la existencia de alguna patología asociada como por ejemplo la enfermedad de Crohn. También pueden asociarse a fibrosis quística, pero en este caso el diagnóstico ya se habrá hecho con anterioridad.

## CONCLUSIÓN

Otorgar cuidados de enfermería mediante la aplicación del proceso enfermero, las patologías más comunes los cuales merecen ciertos cuidados que se devén realizar para asistir a un paciente esto con el fin de buscar la beneficencia este requiere la realización de cinco etapas:

\* Valoración \*diagnóstico enfermero \*planificación \* ejecución \*evaluación. En conjunto con los correctos de enfermería. Todo esto para otorgar cuidados integrales al paciente de forma individualizada. Más en cuanto el paciente se encuentra en una intervención quirúrgica en postoperatorio inmediato en esta la recuperación puede ser más o menos rápida de un paciente a otro, Va dependiendo del tipo de anestesia y de la cirugía a la que haya sido sometido el paciente.

Es importante centrarse en las necesidades más importantes en esta etapa de su evolución, lo que no impide que si se detecta algún otro problema debe ser incluido y tratado. Ya que la vida del paciente se encuentra de por medio. Como enfermera la observación es lo más principal para identificar la respuesta del enfermo y de reconocer complicaciones que puedan surgir y ser tratadas bajo la vigilancia médica.