

**ENFERMERIA MEDICO QUIRÚRGICO II**

**LE. MAHONRRY DE JESUS RUIZ GUILLEN**

**PRESENTA EL ALUMNO:**

**Yovana Rodríguez Aguilar**

**6 "B" SEMIESCOLARIZADO**

Comitán de Domínguez, Chiapas

30 de mayo del 2020

## **VALORACIÓN DEL SISTEMA DIGESTIVO CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA PARED ABDOMINAL**

El tracto digestivo es un sistema muscular, revestido de mucosa, en donde se divide en 4 capas. La primera es la capa mucosa: rica en mucus, que ayuda a humedecer los alimentos, facilitando su desplazamiento a través de tubo digestivo. La segunda capa es la submucosa: forma pliegues en la mucosa forma pliegues en la mucosa y prensa vasos sanguíneos. La tercera capa es capa muscular: lleva a cabo una serie de movimientos peristálticos. Y la última la capa serosa: capa que forma el epitelio digestivo.

Esto se conforma por boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano. Existen ciertas enfermedades que una de ellas es una hematomas que esto puede causar un trauma, ictericia puede ser de color amarillo, cianosis produce insuficiencia hepática o dificultad respiratoria y por último el aspecto brillante y tenso.

En una valoración del abdomen pasa por diferentes fases la primera es auscultación en donde se puede encontrar el aumento de ruidos intestinales, sonidos agudos como sugiere que el líquido y el aire en el intestino esta en presión y disminución de los ruidos intestinales como peritonitis, íleo paralítico o líquido intrabdominal.

Palpación es la técnica más importante por los numerosos datos que arroja, se palpa todos los cuadrantes. En donde ponemos observar la simetría del abdomen.

- Mate: lo escuchamos al percutir en el hígado y bazo en donde son zonas que contengan vísceras másizas sin aire.
- Timpánico: sonido fisiológico en donde se encuentra en intestino, estómago y en órganos huecos.

La percusión sirve para evaluar la cantidad y la distribución del gas en el abdomen e identificar posibles masas sólidas o líquidas. Auscultación en donde ponemos encontrar peristaltismo, rones, soplos.

## **APENDICITIS**

La apendicitis aguda constituye la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en edad pediátrica. En el presente artículo se realiza una extensa revisión de los distintos aspectos de esta patología.

La apendicitis constituye una versión de una diverticulitis, en la cual el apéndice representa un largo divertículo con una luz estrecha. La inflamación del apéndice resulta de una obstrucción de su luz.

En forma esquemática, se podrían reconocer cuatro estadios evolutivos en una apendicitis:

- a. Apendicitis congestiva o catarral.
- b. Apendicitis flegmonosa o supurada.
- c. Apendicitis gangrenosa o microscópicamente perforada.
- d. Apendicitis perforada.

Los tres primeros estadios corresponden a apendicitis no perforada, en tanto que para unificar criterios, apendicitis perforada debería ser sinónimo de presencia de un agujero en la pared apendicular o presencia de un coprolito libre en la cavidad abdominal.

Este dolor es espontáneo y palpatorio, y aumenta con la compresión, la descompresión, la flexión del psoas, la compresión en fosa iliaca izquierda, y el movimiento. La palpación de una masa palpable en fosa ilíaca derecha y/o hipogastrio, junto al cuadro clínico descrito, es muy sugestiva de plastrón apendicular, aunque este cuadro es difícil de detectar en el paciente despierto, y por regla general se hace evidente con el paciente bajo anestesia general.

La auscultación de ruidos hidroaéreos aporta datos inespecíficos, pero puede ayudar en el diagnóstico diferencial, ya que suele haber disminución o anulación de los ruidos hidroaéreos en caso de peritonitis y perforación, y aumento de los mismos en caso de gastroenteritis.

El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico, siendo los exámenes complementarios muy útiles en los casos dudosos, ya que ayudan a asumir una adecuada decisión terapéutica. La falta de un diagnóstico precoz lleva a perforación apendicular, lo que eleva la morbimortalidad de la patología, determinan también internaciones más prolongadas.

## **COLECISTITIS**

La colecistitis aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar. palpación profunda de la zona subcostal. También pueden agregarse otros síntomas como anorexia, náuseas, vómitos y fiebre. El estudio imagen lógico inicial es la ecografía abdominal, la cual basa su diagnóstico en visualizar las paredes de la vesícula. Las complicaciones derivadas de la colecistitis dependerán del estado basal y comorbilidades del paciente, así como del grado de inflamación (incluso perforación) de la vesícula y tejidos adyacentes.

- **Colecistitis Aguda Litiásica.** Dentro de un contexto de colelitiasis, la obstrucción del bacinete vesicular ocasionada por un cálculo biliar es el desencadenante principal, llevando en primer lugar, a una contracción intensa y distensión vesicular, lo cual explica el dolor cólico abdominal característico de este cuadro.

- **Colecistitis Alitiásica.** La variante alitiásica suele presentarse en pacientes con un estado de salud crítico, pacientes con traumatismos nutrición múltiples, parenteral, quemaduras extensas, sepsis, enfermedad prolongada con falla orgánica múltiple, o postoperatorio crítico (como por ejemplo posterior a una cirugía cardíaca). El síntoma principal en un paciente inmunocompetente es el dolor abdominal, que suele ser de tipo continuo con exacerbaciones cólicas, ubicado típicamente en el cuadrante superior derecho del abdomen o el epigastrio, a veces irradiándose a la parte superior derecha del dorso o la zona interescapular.

## **COLELITIASIS**

La vesícula biliar es un órgano en forma de saco ovalado cuya función es almacenar y concentrar bilis la que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno. Mide entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, con la capacidad de contener hasta 300 ml cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida.

El proceso inicial en la formación de cálculos biliares, es un cambio físico de la bilis, dado por el aumento de colesterol en la misma, generando que pase de ser una solución insaturada a saturada, por lo que los elementos sólidos precipitan. La bilis está compuesta de agua, electrolitos, sales biliares, proteínas, lípidos (colesterol y fosfolípidos) y pigmentos biliares. Proviene del hígado, es almacenada y concentrada (por absorción de iones y agua) en la vesícula biliar, la que también puede modificar activamente su composición, tanto por absorción, como por secreción de lípidos.