



**NOMBRE DE ALUMNA: JERONIMO SALES
BELLA SOLIMAR**

**NOMBRE DEL PROFESOR: RUIZ GUILLEN
MAHONRRY DE JESUS.**

**NOMBRE DEL TRABAJO: ENSAYO DE
“VALORACIÓN ABDOMINAL Y PRINCIPALES
PATOLOGÍAS DIGESTIVAS”**

**MATERIA: ENFERMERIA MEDICO
QUIRURGICA II**

GRADO: SEXTO

GRUPO: C

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Mayo 2020.

1. VALORACIÓN DEL SISTEMA DIGESTIVO CON ESPECIAL ATENCIÓN A LA PARED ABDOMINAL.

En patología quirúrgica es más usual el problema que nos encontramos fundamentalmente con tres signos guía (ya que con mayor frecuencia llegan en estados de emergencia comprometiendo la vida de los pacientes es a veces): el dolor abdominal, las alteraciones del tránsito y el sangrado. En varias patologías podrá presentarse más de un signo guía. Siguiendo estos síntomas, se describe las patologías que se ven con mayor frecuencia mediante el cual se expondrá como surge, la edad más frecuente de presentación, la forma adecuada de realizar un diagnóstico correcto con los posibles diagnósticos diferenciales, tratamiento y así como poderlo solución. Por ello como personal de salud debemos de ser conocedores de dichos aspectos para así poder ayudar en su momento a detectarlos y actuar con cautela, y sobre todo de manera eficaz. Porque somos el auxiliar y apoyo de nuestros amables colaboradores médicos.

2. APENDICITIS:

Es una de las principales complicaciones que surgen en la etapa de la niñez (aunque podemos agregar la clasificación de lactantes, el epiplón es corto, y no alcanza a “envolver” el apéndice inflamado o perforado por lo cual se producen peritonitis más severas. La incidencia de perforación suele ser alta mientras menor sea la edad; va de 69 a 100%, esta última cifra vista en niños menores de 1 año y la primera en pacientes de 5 años.), pubertad, en mujeres embarazadas y en algunas ocasiones en el adulto (Es menor, causa de dolor abdominal agudo en orden de frecuencia son las enfermedades biliares, la obstrucción intestinal, tumores y causas vasculares, es frecuente el dolor abdominal referido, procedente de padecimientos torácicos.). Por ello es considerada como uno de los procesos quirúrgicos que con mayor frecuencia se enfrentan los médicos y cirujanos, su presentación con frecuencia confunde a los médicos más experimentados. El retardo en el diagnóstico incrementa la frecuencia de perforación apendicular y sus complicaciones ocasionando mayor morbilidad y mortalidad que incrementan los costos de los servicios de urgencias y hospitalarios, como lo mencionaba anteriormente es una complicación grave para la vida, las tasas de complicaciones han sido similares o equivalentes tanto para hospitales rurales como los de segundo y tercer nivel. Lo que señala lo importante de la presencia, de un equipo médico competente y del fácil acceso a la atención médica en forma temprana. En

los últimos 70 años y hasta la fecha se siguen reportando tasas de perforación del 20 al 30%, esto se presenta antes de una evaluación por parte del cirujano, que nos indica que para disminuir las tasas de perforación es necesario promover la atención temprana ante la sospecha de un probable diagnóstico de apendicitis. Prosiguiendo como surge la valoración a los pacientes tomamos en cuenta a la mujer embarazada ya que es más grave su complicación porque no compromete a solo una vida si no a dos y eso es punto de alarma para el sistema de salud de aquí y en china por así mencionarlo, en donde se ha propuesto 3 criterios clínicos para identificar a las mujeres en edad reproductiva, no embarazadas con bajo riesgo de apendicitis (reportan 99% de sensibilidad) Bajo riesgo, Sin antecedentes de migración del dolor, Presencia de hipersensibilidad abdominal bilateral Ausencia de náusea y vómito. Con base a ello debemos de tomar nota y toma del diagnóstico para tomar en cuenta a su detección oportuna.

El diagnóstico está a hincapié con lo anterior; El cuadro clínico clásico de apendicitis inicia con dolor abdominal agudo, tipo cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad, antes de 24 horas migra a cuadrante inferior derecho (CID), después del inicio del dolor puede existir náusea y vómitos no muy numerosos (generalmente en 2 ocasiones). Puede haber fiebre de 38° C o más. El dolor se incrementa al caminar y al toser, A la exploración física se encuentran datos de irritación peritoneal (hipersensibilidad en cuadrante inferior derecho (CID), defensa y rigidez muscular involuntaria, punto de McBurney, signo de Rovsing, signo de Psoas, signo del Obturador, signo de Summer, signo de Von Blumberg, signo de talopercusión, signo de Dunphy) signos que talvez se acuerden que analizamos en los anteriores cuatris en la universidad, si tomamos los estudios de laboratoriales serían ; La fórmula blanca reporta leucocitosis con neutrofilia y en ocasiones bandemia. Las mas características en laboratio y manifestaciones clínicas son; Dolor característico (migración de la región periumbilical al CID o localización inicial en CID, Manifestaciones de irritación peritoneal (hipersensibilidad en CID, rebote positivo en CID, defensa y rigidez de músculos abdominales) y Datos de respuesta inflamatoria (leucocitosis con mayor predominio de neutrófilos). Todo paciente con cuadro clínico clásico (dolor abdominal agudo, cólico, localizado en región periumbilical, con incremento rápido de intensidad antes de 24 horas, irradiado a CID, con o sin náusea, vómito, fiebre de 38o C o más, hipersensibilidad en CID, defensa y rigidez muscular involuntaria, McBurney), independientemente de su sexo, edad o si existe gestación se refiere con urgencia a una unidad médica para poder realizar la intervención de forma rápida y eficaz omitiendo las

pruebas de laboratorio porque es evidente que el paciente está sufriendo de algo tan obvio, y que se puede tratar de forma directa y con cautela , incluso si en los adultos jóvenes masculinos si presentan por lo menos 2 de los 3 manifestaciones cardinales (dolor característico, manifestaciones de irritación peritoneal, datos de respuesta inflamatoria) se refiere a cirugía de inmediato, aunque el 70 a 90% de los pacientes con apendicitis aguda tienen una cuenta leucocitaria elevada entre las 24 y 72 horas de iniciado el dolor en adultos jóvenes y mujeres no embarazadas en edad reproductiva. La frecuencia de apendicitis aguda en el anciano fluctúa entre el 3 y 10% del total de apendicitis.

La laparoscopia temprana no muestra un claro beneficio sobre la observación clínica activa (hospitalización, evaluación clínica y de laboratorio repetida), aunque en una proporción mayor de pacientes se establece el diagnóstico y se logra una estancia hospitalaria menor, y mejora la condición oportuna del paciente si es su caso, el tratamiento como lo menciono salvara la vida de forma correcta siempre y cuando se lleven las medidas correctas de diagnosticarlo, tratarlo y sus cuidados por quirúrgicos que son los cuidados de una cirugía como de forma invasiva o no ya que siempre se debe de pensar en eventos adversos ya que no estamos exentos de sus complicaciones.

3. COLECISTITIS Y COLELITIASIS :

Se estima que la colecistectomía por colecistitis o cólico recurrente o aguda biliar es el procedimiento más común de cirugía mayor que se realiza por los cirujanos generales, es una de las causas de consulta en el servicio de urgencia y en la consulta externa general de urgencia, la colecistectomía electiva es la intervención quirúrgica más frecuente según la GPC en aprox. 500,000 operaciones por año, su incidencia es muy grande y la colelitiasis va de la mano con lo anterior ya que es el principal factor de riesgo para desarrollar colecistitis, ya que tiene mayor prevalencia entres las personas de origen escandinavos, los indios pima y la población hispana, lo opuesto a las personas de África subsaharina y Asia, los pacientes con colecistitis aguda tienen una remisión completa en 1 – 4 días, sin embargo el 25% a 30% de los pacientes que requieren cirugía o bien desarrollar algunas complicaciones; como lo son la perforación que se produce en el 10- 15% de los casos

La colecistitis aguda se presenta con mas frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, con mayor índice de incidencia en el sexo femenino en relación de 2:1 estadísticamente en 2007 se otorgaron 218,490consultas por colecistitis, otorgando así el primer lugar como cauda de consulta, después de la cesárea ocupa el segundo lugar

en intervenciones quirúrgica con mayor demanda en el IMSS, con un total de 69,75 colecistectomías de las cuales 47,147 se realizaron con técnica abierta y 22,528 por laparoscopia, la colecistitis y colelitiasis ocuparon el séptimo lugar entre las primeras 20 causas de egreso en el 2007.

La colecistitis es la inflamación de la vesícula biliar ocasionada principalmente por cálculos (litos) y con menor frecuencia por barro (Lodo) biliar, en raras ocasiones ninguna de estas condiciones están presentes; la colelitiasis es la presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar, La prevención primaria; es el ejercicio físico, una alimentación sana y el control de la obesidad previenen la aparición de colecistitis y colelitiasis, el uso de alternativas de tratamiento hormonal en mujeres en el periodo del climaterio previenen la aparición de colecistitis y colelitiasis, promoviendo la educación nutricional y la práctica de la actividad física en la población disminuyen riesgo, promover el uso correcto y adecuado de hormonas en mujeres con vida sexual activa y en aquellas que están en el climaterio con tratamiento sustitutivo.

Los factores de riesgo más frecuentes son:

- Mujeres mayores de 40años
- Obesidad
- Embarazo
- Fármacos
- Enfermedades del íleon
- Dislipidemia
- Enfermedades hepáticas y metabólicas.

Las tazas a identificar por el medico son: factores de riesgo en la ficha de ingreso y durante el interrogatorio en los pacientes con sospecha de colecistitis y colelitiasis; como edad (40 años en adelante 20% en adultos a partir de esa edad, y 30% en los adultos de 70años), ser de sexo femenino, mujeres embarazadas propensas a desarrollar de cálculos de colesterol son formas asintomáticas de litiasis biliar y tanto el barro biliar como los cálculos menores de 10mm(por lo regular desaparecen tras el parto), el uso de anticonceptivos orales y terapia hormonal sustitutivas con estrógeno (40 años) y las que reciben mayor dosis de 50microgramos de estrógeno, otros fármacos pueden ser los fibratos y la ceftriaxona, antecedentes familiares de litiasis biliar, obesidad, pérdida rápida de peso,

nutrición parenteral, diabetes mellitus, cirrosis hepática, enfermedades del íleon, enfermedad de Crohn, Dislipidemia, enfermedades hepáticas y metabólicas.

Las manifestaciones clínicas de colecistitis y colelitiasis son:

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolores en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

Las complicaciones agudas son:

- Vesícula palpable
- Fiebre mayor de 39 grados centígrados
- Calosfríos
- Inestabilidad hemodinámica.

La perforación con peritonitis generalizada se sospecha cuando:

- ✓ Existen signos de irritación peritoneal difusa
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Taquicardia
- ✓ Taquipnea
- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Hipotensión
- ✓ Choque

Para diagnosticarlos se clasifican:

- Grado I, Leve
- Grado II, Moderado
- Grado III. Grave

Las pruebas laboratoriales pueden ser útiles como:

- ✚ Biometría hemática en la cual puede encontrar leucocitosis
- ✚ Proteína C reactiva la cual puede encontrarse elevada y es de utilidad para confirmar proceso inflamatorio

Para diagnosticar su gravedad se debe de solicitar:

- Biometría hemática en el cual se puede encontrar leucocitosis
- Proteínas C elevadas
- Bilirrubinas
- BUN
- Creatinina
- Tiempo de protrombina
- La amilasa sérica es de utilidad para identificar complicaciones como coledocolitiasis,
- Solicitar hemocultivo
- Solicitar estudio de ultrasonido(98% de certeza)
- Centellografía hepatobiliar
- Ecografía
- Grammagrafía biliar(escintografía)
- La tomografía axial computada(TAC)
- La resonancia magnética nuclear (RMN)
- La Gammagrafía de vías biliares con Tc- HIDA

El tratamiento farmacológico:

Para la disolución de los cálculos biliares e pacientes en situaciones especiales (pacientes con alto riesgo quirúrgico y aquellos que se rehúsan a la cirugía) el tratamiento de elección es con ácidos biliares orales como:

- Ácido ursodesoxicólico
- Ácido quenodeoxicólico

Por un periodo de 1 a 2 años:

- ✓ La administración de AINEs (antiinflamatorios no esteroides) en pacientes con cólicos biliares es recomendable pero no para prevenir la aparición de colecistitis aguda, se recomienda una dosis de 75mg de diclofenaco (intra- muscular).
- ✓ El manejo del dolor en pacientes con colecistitis aguda incluye narcóticos como la meperidina, en presencia de dolor intenso (La selección de antibiótico depende de la susceptibilidad local del germen conocida por medio del antibiograma, la administración previa de antibiótico, presencia o no de difusión renal o hepática y la gravedad de la colecistitis aguda).

- ✓ En pacientes con falla renal el antibiótico de elección debe ser ajustada de acuerdo a las guías de Sanford (Grado I. un antibiótico, Grado II. Doble antibiótico, Grado II Doble antibiótico)
- ✓ Agregar metronidazol.

Tratamiento no farmacológico:

- ✚ Iniciar Litotricia (para pacientes con litiasis única, no calcificada, con diámetros de 20 a 30mm)(contraindicaciones paciente con pancreatitis, alteraciones de coagulación, quiste o aneurismas en el trayecto de las ondas de choque)

Tratamiento quirúrgico:

- ✚ Realizar colecistectomía (puede ser realizada por laparotomía o laparoscopia)(se considera temprana cuando se realiza de 1 a 7 días después del ataque inicial y tardío si se realiza de 2 a 3 meses después de ataque)
- ✚ La colecistectomía laparoscópica temprana es el tratamiento de elección en la mayoría de pacientes ya que: la recuperación es más rápida, requiere menor estancia hospitalaria, reduce costos de tratamiento, reincorporación rápida al trabajo.
- ✚ El manejo de urgencia de la falla orgánica, el tratamiento de la inflamación local, el drenaje de vesícula entran en la complicación más grave.
- ✚ Colecistectomía por laparoscopia se refiere a colecistectomía abierta (tiene menor mortalidad, menor incidencia de complicaciones, menor tiempo de estancia hospitalaria)

El tiempo de recuperación es de:

- En caso de colecistectomía laparoscópica no complicada es de 14 a 21 días de recuperación.
- Un día de estancia hospitalaria es más que suficiente.
- Si es colecistectomía abierta no complicada los días hospitalarios postquirúrgica son de 2 a 3 días, el tiempo promedio de recuperación es de 21 días.

Las conclusiones finales de estos temas es que se debe de abordar de forma rápida y de manera congruente ya que una vida o más pueden depender de ella misma, nosotros como personal de salud debemos dirigir nuestro conocimiento para salvaguardar la integridad y ayudar a mejorar la salud del paciente comprometido en dado caso, espero que la información recabada sea del agrado del ensayo que se plante o realizar. Si enfocamos nuestros conocimientos y apoyos a una buen practica ayudaremos al paciente y su pronta recuperación omitiendo eventos adversos

BIBLIOGRAFIA:

- ✚ Guía práctica clínica de diagnóstico de apendicitis aguda (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/031_GPC_ApendicitisAgDiag/IMSS_031_08_EyR.pdf)
- ✚ Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de colecistitis y colelitiasis (http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/237_IMSS_09_Colecistitis_Colelitiasis/EyR_IMSS_237_09.pdf)