



**Nombre de alumnos: Hernández  
Aguilar Leticia Moncerrat**

**Nombre del profesor: Ruiz Guillen  
Mahonrry de Jesús**

**Nombre del trabajo: Ensayo.**

**Materia: Enfermería Médico  
Quirúrgico II**

**Grado: 6<sup>to</sup>**

**Grupo: "C"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de mayo de 2020.

## **VALORACIÓN ABDOMINAL Y PRINCIPALES PATOLOGÍAS DIGESTIVAS.**

En el presente ensayo hablaremos sobre los cuidados, valoraciones y tratamiento en enfermería, para el paciente con problemas en la pared abdominal, apendicitis, Colecistitis y Colelitiasis, en el cual se presenta a continuación cada uno de ellos.

### **Valoración del sistema digestivo con especial atención a la pared abdominal**

Se dice que en primer lugar debemos de valorar los síntomas y trastornos, debemos de llevar a cabo la exploración física, ya que eso nos puede llevar a tomar a cabo un diagnóstico y una decisión más eficiente hacia la patología y en otros casos pues es necesario que realicen estudios para complementar y dar una exactitud hacia la patología. De tal manera también llevamos a cabo la anamnesis ya que con ella nos conlleva a un diagnóstico, del estar haciéndole preguntas al paciente y así el médico o nosotros como personal de enfermería identificamos dependiendo el grado del dolor o los síntomas que presente y a si identificar si es grave o leve. Ya que en el cual el dolor se presenta más frecuentemente en dolor abdominal agudo, crónico y recurrente, y así la determinación del dolor conlleva a un mejor diagnóstico, y preguntarle al paciente a posibles patologías que haya presentado.

## **APENDICITIS.**

**Apendicitis Aguda:** es la inflamación del apéndice cecal o vermiforme, que inicia con obstrucción de la luz apendicular, lo que trae como consecuencia un incremento de la presión intraluminal por el acumulo del moco asociado con la poca elasticidad de la serosa.

**Apendicitis Simple:** apéndice inflamado, en ausencia de gangrena, perforación, o absceso periapendicular.

**Apendicetomía:** es la remoción quirúrgica del apéndice cecal.

### **Apendicetomía laparoscópica comparada con apendicetomía abierta.**

Se dice que esto se refiere a pacientes con el diagnostico presuntivo de apendicitis y principalmente en mujeres en edad fértil. Esto se puede reducir que las complicaciones son, postoperatorias de infección de la pared y el íleo paralítico en niños. Ya que la apendicetomía laparoscópica es contraída en pacientes menores de 5 años y en el adulto mayor.

**Profilaxis antibiótica.** La profilaxis con antibióticos es efectiva en la prevención de las complicaciones postoperatorias en los pacientes apendicetomizados ya sea con una

administración preoperatoria, transoperatoria o postoperatoria y se podría considerar una práctica habitual en las apendicetomías de urgencia. Se sugiere profilaxis antibiótica preoperatorio con 2g de cefoxitina intravenosa en el momento de la inducción anestésica. Se dice que en caso de no contar con cefazolina y cefoxitina se recomienda el uso de cefotaxina como antibiótico para la profilaxis antimicrobiana en apendicitis aguda y en caso de hipersensibilidad a este fármaco se utiliza la amikacina. De acuerdo a la escala visual analógica (EVA) referida en la escala analgésica promovida por la OMS, de dolor leve a dolor fuerte se recomienda como primera opción los AINES.

**Vigilancia y Seguimiento:** Durante la estancia hospitalaria y el tiempo que duro la cirugía se debe de prolongar una cierta valoración y seguimiento a sus cuidados.

**Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad:** Se dice que el tiempo de incorporación laboral a la cirugía de apendicetomía laparoscópica es de 1- 2 semanas y en la apendicetomía abierta es de 2-3 semanas.

**Medicamentos:** Cefotaxima, Amikacina, Ketorolaco/ trometamina, mitamizol sódico, paracetamol (ámpula, supositorio)

## **COLECISTITIS Y COLELITIASIS**

**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 ocasiones está presente.

**Colelitiasis:** presencia de litos (cálculos) en la vesícula biliar

**Prevención primaria (promoción a la salud, estilos de vida):** el ejercicio físico, una alimentación sana y el control a la obesidad previenen la aparición de colecistitis y colelitiasis, y se dice que el uso de tratamiento hormonal en mujeres en periodo de climaterio previene la aparición de estas. Como buena práctica dar promoción a la salud nutricional, actividad física y promover un adecuado control de hormonas en mujeres con vida sexual activa, para así poder prevenirlas.

**Prevención secundaria (Detección, factores de riesgo):** se dice que los factores de riesgo más frecuentes son: las mujeres mayores de 40 años, obesidad, embarazo, fármacos enfermedades del Íleon, dislipidemia, enfermedades hepáticas y metabólicas. Y las mujeres tienen mayor riesgo de enfermarse que los hombres. Y en el área hospitalaria el medico es

el que identificara los factores de riesgo, en el ingreso y durante las interrogaciones con sospecha de estas enfermedades.

**Diagnóstico:** las manifestaciones clínicas de colecistitis y colelitiasis: masa en el cuadrante superior derecho, dolor en el cuadrante superior derecho, resistencia muscular en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómito.

Manifestaciones con colecistitis y colelitiasis aguda: vesícula palpable, fiebre mayor a 39°C, escalofríos, inestabilidad hemodinámica. La colecistitis se clasifica en 3 grados: leve, moderada, grave. Y no hay pruebas específicas para colecistitis aguda.

La ecografía es el estudio que se encuentra ante la sospecha de colecistitis o colelitiasis.

**Tratamiento:** disolución de los cálculos biliares, (a los pacientes con alto riesgo quirúrgico) el tratamiento es con ácidos biliares; ácidos ursodesoxicólicos, quenuodesoxicólicos. Administración de AINES (en pacientes con cólicos biliares), el tratamiento con antibiótico además depende del grado en el que se encuentre, I, un antibiótico, II, doble antibiótico, III, doble antibiótico.

**Tratamiento quirúrgico:** se dice que la colecistectomía puede ser realizada por laparotomía o laparoscopia. Grado I o leve: colecistectomía temprana por laparoscopia. Grado II o moderada: colecistectomía temprana por laparoscopia, y si el paciente presenta inflamación grave hay que drenar de inmediato. Grado III o grave: manejo urgente de falla orgánica, tratamiento de la inflamación local, drenaje de la vesícula, la colecistectomía se realiza cuando la condición de paciente mejoren.

**Complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia:** lesión del conducto biliar, del intestino y hepática. **Complicaciones de la colecistectomía abierta:** infecciones, íleo, hemorragia intraperitoneal, atelectasia, trombosis de venas profundas, infección de tracto urinario.

**Vigilancia y seguimiento:** la vigilancia y seguimiento postoperatorio deberá realizarse por el servicio de cirugía general hasta el egreso hospitalario. Será evaluado una semana después del egreso hospitalario a consulta externa. **Tiempo de recuperación:** la que no es complicada los días de recuperación son de 14-21 días. La que es abierta lleva un periodo de 2-3 días.

**Medicamentos.** Ceftazidima, ceftriaxona, ciprofloxacino, diclofenaco, imipenem-cilastatina, levofloxacino, metronidazol, piperacilina/ tazobactam.

## **CONCLUSION.**

En comprensión a determinadas patologías, determinamos cuidados de gran importancia y nosotros como personal de enfermería debemos de saberlo para tener un buen cuidado y dar un mejor tratado a nuestros pacientes debemos saber a qué nos estamos enfrentando y saber sus posibles complicaciones que puede presentar nuestro paciente así como personal de enfermería debemos de estar bien capacitados para posibles complicaciones y cuidados para la vida de nuestros pacientes ya que eso determina su recuperación.

## **BIBLIOGRAFIA.**

Recopilado de las guías de práctica clínica de apendicitis, Colecistitis y Colelitiasis y de la antología de médico quirúrgico II.