|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unidad VII Atención de Enfermería a pacientes con afecciones del Sistema Digestivo EMQ Tomo II**  Introducción al Sistema Digestivo. Sintomatología por segmentos. Gastritis aguda y crónica. Abdomen agudo: Apendicitis. Úlcera péptica. Vagotomías endoscópicas. Evaluación preoperatoria. Hepatitis. Cirrosis hepática. Colelitiasis aguda. Colecistectomía laparoscópica. Valoración por vía laparoscópica. Obstrucción intestinal. Principales trastornos de la defecación. Colostomía. Ventajas y desventajas en personas candidatas a cirugía laparoscópica con enfermedades de Colon. Complicaciones. Cuidados de enfermería Hemorroides. Concepto. Fisiopatología. Clasificación. Etiología. Cuadro clínico. Complicaciones. Exámenes complementarios y pruebas de diagnóstico. Tratamiento. Atención de Enfermería en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de estas afecciones en los diferentes niveles de atención. | | | | | | | | | | |
| **Recuento anatomofisiológico.**  El Sistema Digestivo es una estructura tubular de 7 a 8 metros que se inicia en la boca y termina en el ano; la misma se divide en 3 segmentos:  Las **funciones** primordiales del Sistema Digestivo son:  **1-**Degradar: las partículas alimenticias en pequeñas moléculas.  **2-**Absorber: las moléculas producidas por la digestión en la corriente sanguínea.  **3-**Eliminar: las sustancias alimenticias no digeridas, ni absorbidas y otros productos de desechos del organismo.  Son muchas las anormalidades del tubo gastrointestinales que pueden dar origen a distintas patológicas estas pueden ser: lesiones congénitas inflamatorias, infecciosas, traumáticas y neoplásicas. Es por ello que el personal que labora con pacientes aquejados de estas dolencias debe estar preparado para brindar una esmerada atención para su mejor estudio. | | | | | | | | | | |
| **1ro: Superior o Bucofaríngeoesofágico (ingestión):** boca, faringe oral y 2/3 superiores del esófago  **Sintomatologia clinica 1-**Sialorrea. **2-**Halitosis. **3-**Disfagia. **4-**Pirosis. | | | | | | | | | | |
| **1-Sialorrea:** Sensación subjetiva correspondiente al aumento ostensible de la saliva, como expresión de una excitación predominante del sistema parasimpático.  **Etiología:**  **1-**Por causa digestiva puede observarse en:  **a-**Procesos que afectan la cavidad bucal: estomatitis, extracciones dentarías, etc.  **b-**Procesos que afectan la glándula salival: parotiditis epidérmica, algunos tóxico(yodo), etc.  **c-**Procesos de localización en el esófago, sobre todo localización baja: cáncer de esófago, cuerpos extraños, esofagitis, etc.  **d-**Procesos situados en cualquier segmento del tubo digestivo: gastritis, duodenitis, ulceras gastrointestinales, hipertrofia del piloro (en adultos), pancreatitis, colitis ulcerativa y apendicitis.  **2- Por causas extradigestivas.**  **a-**Procesos del área genital de la mujer: embarazo.  **b-**Casos con neuralgia del trigémino.  **c-**Casos correspondientes a los reflejos condicionados de paolow de tipo patológico: psiconeurosis.  **d-**Procesos del sistema nervioso: enfermedad de Parkison, hemiplejías.  **e-**Procesos de tipo medicamentoso: Policarpina, Digital.  **Atención de Enfermería.**  **1-**Proporcionar un recipiente donde pueda escupir.  **2-**Ofrecer servilletas para limpiar la boca.  **3-**Enjuagar la boca con soluciones antiséptica.  **4-**Anotar la cantidad de saliva eliminada en los casos que la sialorrea es por un proceso de localización en el esófago, algunos pacientes secretan entre 3,5-10 litros, lo que llega a perturbar el sueño. Ej. Cáncer de esófago, esofagitis, cuerpos extraños, etc.  **5-**Atender la esfera afectiva del paciente.  **3-Disfagia:** Es la sensación subjetiva de dificultad para tragar, que se experimenta de modo transitorio o permanente Si es dolor al tragar sé llama valnofagia. En ocasiones la disfagia es objetiva y se comprueba mediante un examen radiológico o esofagoscopio.  **Etiología:**  **1-Orgánica:** a-Tumores: fundamentalmente malignos, Ej. Carcinomas.  b-Obstrucción intrínseca**:** esofagitis crónica estenosante fundamentalmente la cáustica, los divertículos, cuerpos extraños etc. Extrínseca: por aumento de tamaño de los órganos vecinos al esófago (corazón, aorta, pulmón) y otras estructuras del mediastino (ganglios).  **2-Funcional:**  a-Por vía refleja: Faringitis, laringitis, pequeños divertículos, esofagitis aguda y subaguda.  b-Por anulación del reflejo deglutorio: lesiones del bulbo y la miastenia gravis.  c-Tipos esenciales: espasmo difuso del esófago, espasmo transitorio del cardias y la acalacia de hurts.  d-Otras: Enfermedades psiconeuroticas y psicoticas, Hipovitaminosis, Síndrome de Plummer-Viosom (disminuye el Fe | | | | | | | | | **2- Halitosis:** Es el mal olor o fetidez del aliento.  **Etiología:**  **a-Procesos fétidos locales de la boca:** dentaduras en mal Estatus, amigdalitis, abscesos, etc. (90%).  **b-**Lesiones nasales: rinitis, adenoiditis, sinositis, etc.  c-Lesiones del sistema respiratorio: Bronquiectasia.  d-Digestivopatias: divertículos esofágicos y obstrucción pilórica (por fermentación de alimentos retenidos), constipación, etc  e-Causas sanguíneas: alteraciones menstruales.  f-Otras: diabetes, anemias, necrosis aguda del hígado, por medicamentos, tabaquismo,  **Atención de Enfermería:**  **1-**Proporcionar antisépticos orales para el enjuague de la boca.  **2-**Orientar el cepillado de los dientes varias veces al día.  **3-**Apoyo a la esfera psicológica, pues para los que no la quieren reconocer es de gran importancia social y psicosexual y provoca a veces estado de psiconeurosis  **4-Pirosis:** Es la sensación de calor, ardor y quemadura que se experimenta por detrás del esternón en la cercanía de la 3re porción.  **Etiología:**  Son múltiples las enfermedades capaces de producir pirosis entre ellas: Hernia hiatal, esofagitis terminal. También lesiones más o menos distantes: apendicitis, procesos inflamatorios abdominales. En pacientes psiconeuroticos, alérgicos y embarazadas.  **Atención de Enfermería.**  Estará en relación con la patología que lo produce:  **1-**Orientar al paciente que una hora después de las comidas se tome una cucharada de alusil o chupe una tableta.  **2-**Que tome leche fría.  **3-**No ingerir alimentos condimentados en exceso | |
| **. 2do: Medio o de Digestión o Gastroduodenohepátobiliopancreático(digestión):** 1/3 inferior del esófago, el estómago el duodeno, el sistema hepatobiliar, el páncreas, el yeyuno, el ileon y el colon hasta la mitad de su porción transversa  **Sintomatologia clinica** 1-Dolor abdominal epigástrico. **2-**Vomito. **3-**Hematemesis. **4** Aerofagia **5** Regurgitación gástrica. **6** Ardor gástrico. **7** Hipo **8** llenura o plenitud gástrica **9** Nauseas y **10** Salto Epigástrico | | | | | | | | | | |
| **1-** **Dolor abdominal epigastrio:** Manifestación subjetiva siempre desagradable, más o menos intensa desde una sensación penosa hasta algo desesperante en la región epigástrica.  **Etiología:** Es muy variada.  **a-Si es alto:** Puede ser por lesiones esofágicas bajas, lesiones gástricas altas o lesiones de la coronaria de la aorta.  **b-Si es mediano:** Pueden ser lesiones gástricas mas o menos ulceras al píloro y en enfermedades hepatovasculares y/o por procesos apendiculares  **c-Si es baja:** puede ser por lesiones dístales del duodeno, yeyuno e íleon.  **d-Si es posterior:** Puede ser por ulceras pilóricas y del bulbo duodenal, lesiones en páncreas, hernias hiatal diafragmática.  **Atención de Enfermería.**  **1-**Observación de las características del dolor.  **2-**Cumplir medicamentos indicados para aliviar el dolor.  **3-**Colocar al paciente en una posición adecuada para aliviar el dolor  **4-**Apoyar psicológicamente al paciente para ayudar a disminuir la irritabilidad, intranquilidad y mal humor. | | | | | | **2-Vómito:** También llamado emésis es la expulsión rápida y fuerte del contenido gástrico al exterior acompañada o no-de nausea. Este se clasifica en dos:  **a-Periférico:** Precedido por nauseas y se observa en diferentes Digestivopatias (Ulceras gástricas, colicestopatías, apendicitis, etc.).  **b-Central:** No precedido por nauseas sale en forma de huso o proyectil y se observa por un mecanismo de excitación central exógena: Intoxicación por emetina, apomorfina, etc. De causa endógena: Hipertensión craneal.  **Atención de Enfermería 1-**Facilitar un recipiente para él vómito.  **2-**Ofrecer agua para enjuagar la boca.  **3-**Ofrecer soluciones antisépticas orales para después del vomito.  **4-**Ofrecer servilletas para el secado de la boca y manos.  **5-**Observar cantidad y características del vomito.  **6-**Apoyar psicológicamente al paciente. | | | | |
| **3- Hematemesis:** Es expulsión de sangre por la boca precedida de nausea se debe diferenciar de:  Estomatorragia: Hemorragia producida en la cavidad bucal.  Epistaxis: Hemorragia que procede de las fosas nasales.  Hemoptisis**:** Hemorragia espumosa, rutilante y acompañada de sintamos respiratorios.  Si el paciente traga sangre proveniente de la boca, fosas nasales o sistema respiratorio y después la vomita se llama hematemesis secundaria.  **Etiología: a**-Sangramiento intenso: Ulceras sangrantes, varices esofágicas, gastritis erosivas, tóxicas o medicamentosas, tumores benignos etc.  b-Sangramiento mediano: Gastritis.  c-Sangramiento ligero: Tumores malignos.  Sangre roja: Ulcera. Sangre negra**:** Gastritis y neoplasias por el ataque previo del jugo gástrico.  **Atención de Enfermería.**  **1-**Los mismos del vomito.  **2-**Preguntar alimentos ingeridos: fresa, remolacha, vino tinto, dulce de tomate, etc.  **3-**Lavado de estomago con agua helada para detener el Sangramiento. Extremar los cuidados con la entubación | | | | | | | | | | |
| **3ro: Inferior o de Excreción o Enterocólicorrectal (excreción ):** ½ colon transverso, colon descendente, asa sigmoidea, recto y ano  **Sintomatologia clinica 1-**Dolor abdominal no-epigastrio. **2-**Enterorragia y melena. **3-**Constipación. **4-**Diarrea | | | | | | | | | | |
| **1-Dolor abdominal no epigastrio:** Dolor en cualquier sitio del abdomen excluyendo el epigastrio  **Etiología.**  Puede ser producida pro diferentes causas: Colecistitis tumores de vesícula hepatopatias, enfermedades del yeyuno e íleon, apendicitis, cólico nefrítico, problemas de próstata, metropatias en la mujer, etc.  **Atención de Enfermería:**  **1-**Observar características del dolor.  **2-**Administrar medicamentos con la dosis y la vía indicada.  **3-**Colocar al paciente en la posición que brinde alivio al dolor.  **4-**Apoyo psicológico | **2-Enterorragia:** Expulsión de sangre fresca por el ano (roja rutilante) proveniente de cualquier lesión del intestino, colon bajo y recto fundamentalmente lesiones altas con hipermotilidad y Sangramiento masivo.  **Etiología:**  Tumores benignos y malignos, hemorroides, procesos disentéricos (amebiasis), tuberculosis intestinal, invaginaciones intestinales etc.  **3-Melena:** Expulsión de sangre digerida por el ano con aspecto brillante de color negro proveniente de lesiones altas con un sangramientos o violento colon alto, intestino delgado, estomago y hasta esófagos se necesitan solo 60 ml de sangre. Hay peristalsis normal.  **Etiología:**  Cualquier causa que produzca enterorragia siempre que se derrame la sangre más lenta y sin hiperperiatalsis.  **1-**Úlcera duodenal  **2-**Cirrosis con varices esofágicas.  **3-**Tumores del intestino delgado y del colon derecho.  **Atención de Enfermería en Melena y Enterorragia.**  **1-**Observación de las características de las heces fecales.  **2-**Aseo personal fundamentalmente de la región anal aplicándole pomadas refrescantes.  **3-**Administrar enemas con agua helada, ofrecer cuña para observar lo eliminado.  **4-**Cambio de ropa personal y de cama.  **5-**Observar al paciente por si presenta lipotimia fundamentalmente con la enterorragia aunque todo depende de la cantidad de sangre perdida.  **6-**Preguntar al paciente si ingirió alimentos ricos en sangre (morcilla), ingestión de vino tinto, medicamentos como el bismuto, hierro. Carbón, etc. | | | | | | | | | |
| **4-Constipación:** Retardo en la evacuación normal periódica de las heces fecales así como su disminución en cantidad con alteración de la calidad de las mismas o sin ella.  **Etiología:**  **1-Orgánica o de carácter quirúrgico.**  **a)Curso agudo:** Oclusiones intestinales Obstrucción intrínseca, adenocarcinoma de colon descendente bajo, pólipo gigante, etc.; Obstrucción extrínseca: quistes, invaginaron intestinal, adherencia postoperatorias, etc.  **b)Curso crónico:** de ovario, fibroma uterino y embarazo.  **2-Funcional o de tipo neumotórax.**  **a-**Íleo paralítico.  **b-**Meningitis, tumores cerebrales, traumatismos medulares, etc.  **3-**En caso de dietas secas pobres en residuo en la convalecencia y en el estatus posterior del ayuno.  **Atención de Enfermería;**  **1-**Lograr hábitos intestinales normales.  **2-**Brindar dieta adecuada.  **3-**Proporcionar privacidad en el acto de defecación.  **4-**Uso de laxante según indicación medica.  **5-**Administrar enemas evacuantes | | | **5-Diarreas:** Aumento del número y cantidad de la deposición normal y periódica en 24 horas, consiste en la evacuación demasiado rápida de las heces fecales excesivamente fluidas.  **Etiología: 1-**Infecciones bacterianas, parasitarias, virales, micóticas, etc.  **2-**Intoxicaciones exógenas y endógenas; alcohol, intoxicaciones alimentarías, botulismo.  **3-**Colitis ulcerativa idiopática.  **4-**Tumores benignos y malignos.  **5-**Hipertiroidismos y Tensión nerviosa,  **6-**Disminución de la acción enzimática.  **7-**Indigestión accidental, transgresiones de régimen dietético.  **Atención de Enfermería: 1-**Observación de las características de las diarreas.  **2-**Observación al paciente para detectar deshidratación.  **3-**Ofrecer recipiente para el destino de las heces fecales  **4-**Mantener higiene personal y ambiental  **5-**Reposición de líquidos, tanto por vía oral o parenteral  **6-**Reposo gástrico.  **7-**Administrar antidiuréticos.  **8-**Tratar la causa de diarrea.  **9-**Si la diarrea es infecciosa aislar todos los útiles del paciente.  **10-**Educación sanitaria, preparación de alimentos conservación del agua, congelación de carnes, refrigeración de frutas y vegetales lavado de manos e higiene domésticas | | | | | | | |
| **Gastritis.**  **Definición:** Inflamación del estómago.  **Clasificación:** Aguda y crónica. | | | | | | | | | | |
| **Gastritis Aguda:**  Es un proceso inflamatorio agudo que afecta principalmente la mucosa, aunque en casos severos puede llegar hasta la serosa.  **Etiología:**  **1-**Comer mucho y con rapidez excesiva  **2-**Ingerir alimentos muy condimentados y/o en mal estado.  **3-**Ingerir alcohol y ASA.  **4-**Reflujo biliar.  **5-**Uremia.  **6-**Radioterapia.  **7-**Ingestión de ácidos o álcalis fuerte.  **Manifestaciones Clínicas:**  **1-**Mucosa gástrica edematosa e hiperemica (congestionada, con tejido, líquido y sangre)  **2-**Erosión superficial.  **3-**Secreta escaso jugo gástrico, el cual contiene poco ácido y alta dosis moco.  **4-**Si ulceración superficial, ocurre hemorragia.  **5-**Molestias en el abdomen.  **6-**Cefalea  **7-**Laxitud.  **8-**Hipo, nausea y vómitos.  **9-**Anorexia.  **10-**Alguna zona sintomática.  **11-**Cólicos y diarreas (si no vomita y el alimento irritante llega a intestino).  **Tratamiento: 1-**No ingerir alcohol ni alimentos hasta que los síntomas desaparezcan.  **2-**Dieta no irritante.  **3-**Si los síntomas persisten líquidos E.V.  **4-**Sí por ácidos o álcalis fuertes diluir el agente irritante, para contrarrestar los **ácidos** se administran antiácidos (Alusil).Para contrarrestar los **álcalis** se administra jugo de limón o vinagre diluido si Corrosión es extensa o grave evitan eméticos y lavados gástricos para evitar perforación.  5Reposo  6-Eliminar irritantes gástricos, como el cigarro, café, alcohol.  7-En la fase aguda Lavado gástrico con agua fresca e instilación de alusil en suspensión ( en caso de dolor ) , en la gastritis corrosiva no se debe realizar lavado gástrico para evitar perforación o de H2O helada si hemorragia  8-Suspender vía oral hasta que desaparezcan los vómitos y las nauseas, posteriormente. Dieta blanda y por ultimo dieta libre con restricción de irritantes | | | | | **Gastritis crónica.**  **Definición:** Es un proceso inflamatorio prolongado de la mucosa gástrica.  **Etiología:**  **1-**Úlceras estomacales benignas o malignas.  **2-**Presencia de la bacteria Helicobacter Pylorico. (H.P.)  **Gastritis crónica:**  Puede ser de tipo **A** o **B**. La **A o autoinmunitaria** resulta de alteración en las células parietales que provocan atrofia, infiltración celular, esta relacionada con la anemia perniciosa y parece en el fondo o cuerpo del estómago. La **B** esta relacionada con H.P, afecta antro y píloro, además se relaciona con ingestión de bebidas o especias picantes, drogas, alcohol, tabaquismo y reflujo del contenido intestinal hacia el estómago.  **Manifestaciones Clínicas. 1-Gastritis tipo A:** Asintomático, solo deficiencia de Vit-B12.  **2-Gastritis tipo B:** Anorexia, pirosis después de comer carne, eructos, sabor agrio en la boca, náuseas y vómitos.  **3-Gastritis tipo A:** Ausencia o niveles bajo de ácido clorhídrico y la **B** niveles altos de ácido clorhídrico.  **Tratamiento: 1-**Modificar la dieta.  **2-**Fomentar el descanso y reducir la tensión.  **3-**Iniciar farmacoterapia, antibióticos (Tetraciclina, amoxicilina en la B y Vit B12 en la A).  **Atención de Enfermería de la Gastritis.**  **1-Reducir la ansiedad:**  **2-Promover Nutrición:** Se ayuda al paciente a sobrellevar sus sintamos, sé prohíbe la ingestión oral de alimentos o líquidos hasta que disminuyan los síntomas agudos, posterior se le indica dieta liquida, posterior sólidos según estado del paciente. **3-Promover el balance hídrico:** Se lleva HBHM para identificar los signos iniciales de deshidratación.  **4-Alivio del dolor:** Se le ordena que evite alimentos y bebidas irritantes de la mucosa gástrica. Hay que valorar intensidad del dolor y su mejoría mediante el empleo de medicamentos y abstinencia de sustancia irritantes.  **5-Educación para la salud:** Se le debe hablar sobre su enfermedad, se le orienta dieta blanda y se proporciona listado de sustancias que debe evitar: café, nicotina, alimentos condimentados irritantes o muy sazonados y alcohol. La farmacoterapia se cumplirá según indicación medica: Antibióticos.  **Complicaciones de las Gastritis.**  **1-**Ulceración superficial. **2-**Hemorragia. | | | | | |
| **Abdomen agudo**  Es todo proceso patológico abdominal que requiere de un tratamiento quirúrgico inmediato y que se acompaña de una sintomatología muy variada pero **siempre esta presente el dolor abdominal.** | | | | | | | | | | |
| **Clasificación**  1-Inflamatorio (infeccioso o peritonitis)   * Apendicitis Aguda * Colecistitis Aguda * Diverticulitis | 2- Hemorrágico   * Traumatismo Abdominal * Embarazo Ectópico Roto * Ruptura espontanea de * Bazo * Hígado * Tumor | | | | | | | 3-Obstructivo   * Vólvulos del instestino grueso * Cáncer de Colon | | |
| Apendicitis Aguda  Es la inflamación aguda del apéndice cecal o vermiforme | | | | | | | | | | |
| **Fisiopatología y Causas**  La obstrucción del apéndice cecal debido a fecalito, parasito y cuerpos extraños, provoca un aumento de la presión intraluminal y disminución del drenaje venoso y trombosis lo cual condiciona la proliferación de bacterias que va a desencadenar el proceso inflamatorio del apéndice . | | **Cuadro Clínico**  1-Instauración rápida .  2-Dolor en el epigastrio o región periumbical asociado a nauseas ,vómitos y anorexia.  3-Dolor se irradia a la fosa iliaca derecha y posteriormente se hace fijo acompañado de fiebre o febrícula.  4-Disociación de la temperatura axilo rectal mayor de 1 grado Esto aparece en un 50% de los casos.  5-Blumberg positivo | | | | | | | | |
| **Exámenes complementarios**  1-Hemograma: Puede mostrar leucocitosis neutrofilia.  2-Eritrosedimentacion esta acelerada .  3-Orina. | | **Complicaciones.**  1-Absceso  2-Peritonitis  3-Shock Séptico  4-Complicaciones post operatoria ( Sepsis de la herida quirúrgica ,Hemorragia y Evisceracion | | | | | | | | |
| **Atención de enfermería en la Apendicitis**  1-Realizar la preparación física del paciente.  2-Canalizar vena con trocar grueso para la administración de volumen y antibióticos profilácticamente  3-Pasar sonda de levine  4- Realizar cateterismo vesical  5-Chequear signos vitales enfatizando en la temperatura .  6-Brindar apoyo emocional .  7-Brindar cuidados postoperatorios una vez realizada la apendicectomía | | | | | | | | | | |
| **Úlcera péptica** Es una pérdida circunscrita de tejidos que alcanzan las capas mucosa,submucosa y muscular, y se produce en las partes del tubo digestivoexpuesto a la acción del jugo gástrico | | | | | | | | | | |
| **Fisiopatología.**  La úlcera péptica aparece principalmente en la mucosa gastroduodenal cuando este tejido no tolera la acción digestiva del ácido clorhídrico y pepsina; y no se secreta moco suficiente para que actúe como barrera. El ácido clorhídrico se forma por las células parietales del fondo; la gástrina se secreta por las células G del antro. Las glándulas duodenales secretan una solución mucosa alcalina | | | | | | | | | | **Clasificación.**  **1-**Esofágica.  **2-**Gástrica.  *3-****Duodenal. Más frecuente*** |
| ***Etiología.***  No es bien conocida aunque se considera que hay varios factores que predisponen su aparición como son:  **a-**Administración crónica de antinflamatorios no esteroides: aspirina, ibuprofeno o el naproxeno.  **b-**Ingestión de alcohol  **c-**Fumar en exceso.  **d-**Infecciones bacterianas por Helicobacter Pylorico  **e-Factores psicológicos:** estrés, depresión, frustración, problemas familiares, etc. (son responsables de un 30 a 50% de casos de ulcera.  **f-**El estrés constituye un elemento importante en el desarrollo de ulceras sin causarlas porque puede llevar al tabaquismo, al alcoholismo o a malos hábitos alimentarios y del sueño. | | | | | | | | | | |
| El interrogatorio tiene una importancia capital para el diagnóstico. Por lo común, predomina el dolor, la palidez intensa o *melena* en ancianos. El dolor suele presentarse en forma de crisis separadas por periodos de 15 días a 2 meses.  La crisis dolorosa puede durar solo unos minutos o varias horas, a menudo se alivia con la ingestión de alimentos o antiácidos. Se localiza en el  epigastrio o abdomen superior. Su intensidad varía, puede presentarse en  forma de calambre o ser quemante con sensación dolorosa de hambre.  **La aparición de dolor pospandrial tardía, se atribuye al ritmo en**  **3 tiempos**:**dolor-comida-calma a la úlcera duodenal**;  **4 tiempos**: **comida-calma-dolor-calma a la úlcera gástrica**  Durante la crisis dolorosapueden existir náuseas, vómitos, estreñimiento y rara vez diarrea.Habitualmente, el estado general se conserva, pero puede haber palidezde aparición gradual o brusca, si es causada por sangramientos ocultosy repetidos, o por sangramiento masivo y brusco.  **Úlcera gástrica:** Es más probable en forma de hematemesis.  **Úlcera duodenal:** Es menos probable de ocurrir en forma de melena. | | | | | | | **Complicaciones de la Ulcera.**  **1-**Hemorragia gastrointestinal elevada.  **2-**Perforación.  **3-**Penetración.  **4-**Obstrucción pilórica | | | |
| **Tratamiento:** 1-Disminución del estrés y reposo:, se recomienda periodos regulares de reposo durante el día.  2-Dejar de fumar: Fumar reduce la secreción de bicarbonato del páncreas hacia el duodeno y la acidez es mayor.  3-Modificación de la dieta: El objetivo de a dieta es evitar la secreción y movilidad gastrointestinal excesiva para ello se evitan los extremos de temperatura, alimento muy condimentados, jugos de carne, alcohol y café. Debe hacerse 3 comidas diarias.  4-Medicamentos: a-Antiácidos: Leche Magnesia, Alusil, Maalox, Mylanta, Riopan,.  b-Antagonistas de receptor de histamina: Cimetidina, Ranitidina.  c-Antibióticos: Tetraciclina, Amoxicilina, Metronidazol, etc.  d-Inhibidor de bomba de protón (ácido gástrico): Omeprazol, etc. | | | |
| **Atención de Enfermería:**  1-Observar estrictamente al paciente para detectar cambios en las manifestaciones clínicas:  2-Brindar preparación psicológica  3-Cumplir tratamiento médico  4-Alivio del dolor  5-Realizar lavado gástrico: con la técnica indicada, utilizando agua fría. Si hay sangramiento se realiza el lavado hasta que el agua salga limpia.  6-Detectar la etiología que lo produce:  7-Detectar complicaciones  8-Medir signos vitales  9-Educación para la salud | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis Viral:**  **Definición:** Es una infección sistémica en la que la necrosis e inflamación hepatocelular, llevan cambios clínicos, bioquímicos, inmunoserológicos y morfológicos. | | | | | | | | | | |
| **Etiología:**  **1-Infecciosa**.  **a-Virus hepatotropos:** A-B-C-D-E-G-GB-F.  **b-Virus no hepatotropos:** Citomegalovirus, herpes virus, virus de la fiebre amarilla, de la parotiditis, sarampión, rubéola, SIDA, etc.  **c-Bacterias:** Micobacteriun Tuberculosis, Salmonella, leptospira, neumococos,  **d-Parásitos:** Protozoarios (Giardia lamblia, toxoplasma gandii).  **e-**Hongos.  **f-**Ricketsias.  **g-**Otros. | | | | | | | **2-No infecciosas.**  **a-**Reactivo a litiasis en las vías biliares.  **b-Tóxicas y medicamentosas:** Isonicida, Tetraciclina, paracetamol, etc.  **c-**Hepatitis alcohólica.  **d-Agentes físicos:** Golpes de calor o radiaciones ionizantes.  **e-Metabólicas:** enfermedad de Wilson, hemocromatosis.  **f-**Autoinmune | | | |
| ***Hepatitis A***  **Nombre anterior:** Hepatitis infecciosa.  **Transmisión:** Fecal y oral (falta de higiene) Contacto de persona a persona a través del agua o los alimentos.  **Manifestaciones Clínicas.**  **1-**Puede presentarse con o sin síntomas similar al catarro común.  **2-Fase preicterica:** Cefalea, fatiga, anorexia y fiebre.  **3-Fase ictérica:** Coluria, ictero de piel y mucosas (esclerótica).hígado sensible, molestias epigástricas (náuseas, pirosis, flatulencia) deben desaparecer en 10 días.  **Resultado:** En general benigna con recuperación, confiere inmunidad contra ella misma pero la persona puede padecer otro tipo de hepatitis, no evoluciona a la cronicidad.  **Tratamiento:**  **1-**Reposo relativo.  **2-**Dieta balanceada (hipograsa).  **3-**Si anorexia estimular con buena presentación y pequeñas cantidades de alimentos.  **4-**Metoclopramida 1 tab. 10mg 1 hora antes de los alimentos.  **5-**Inmunoglobulina 0,02 mg/kg en individuos susceptibles en las 2 primeras semanas de contacto (inmunización pasiva).  **6-**Antiemético.  **7-**Mejorar las condiciones sanitarias e higiénicas de los individuos susceptibles.  **8-**En nuestro medio no hay vacuna, se trabaja en ello.  **9-**El consumo de alcohol, una vez que las aminotransferazas se ha normalizado se recomienda actualmente entre 30-180 días aunque otros autores aconsejan hasta 1 año | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis B.**  **Nombre anterior:** Hepatitis sérica.  **Transmisión:**  **1-Parenteral:** Postransfusional, adictos a drogas por vía parenteral, hemodiálisis, transplante renal, exposición nosocomial, etc.  **2-No Parenteral:**  **a-Prenatal:** durante el embarazo, parto y lactancia.  **b-Sexual:** el VHB se ha encontrado en secreciones y excreciones corporales (sangre, semen, líquidos vaginales, saliva, etc.)  **c-Intrafamiliar:** Se piensa que se puede transmitir a través del contacto físico íntimo y a través de utensilios contaminados (peine, maquina de afeitar, toallas, etc., contaminados con sangre). Es menos frecuente.  **Manifestaciones Clínicas**  **1-**Pueden ser insidiosos y variables.  **2-**Artralgias.  **3-**Puede haber anorexia, dispepsia, dolor abdominal, malestar general y debilidad.  **4-**Puede haber hepatomegalia de 12-14cm en sentido vertical, de la cadena cervical posterior.  **5-**Son poco frecuentes la fiebre y los síntomas del aparato respiratorio.  **Resultado:** Puede ser grave, se incrementa el riesgo de hepatitis crónica y cáncer hepático.  **Tratamiento:**  **1-**Reposo relativo. **2-**Dieta balanceada, hipograsa.  **3-Interferón alfa 2 beta** 5-6 millones IM 3 veces por semana por 6-8 meses, se puede vincular a la **Lamivadine**, droga cara no se usa en cuba.  **4-Gammaglobulina hiperinmune** 0,06mg/kg en individuos susceptibles expuestos de forma accidental a sangre o derivados seropositivos, contacto sexual con seropositivos y en recién nacidos de madres portadoras. (Inmunidad pasiva).  **5-Vacuna recombinante anti-hepatitis B** 20mg (1 ml) en adultos y 10mg (0,5 ml) en niños (tercio medio cara anterior lateral del muslo).  **Hepatitis C.**  **Nombre anterior:** Hepatitis no A no B aparece en 1989.  **Transmisión:** Similar a la de la hepatitis viral B, aunque la perinatal y sexual no es común.  **Manifestaciones clínicas:**  **1-**Similar a la de la Hepatitis B pero más ligera y sin íctero.  **Resultado:** Frecuentemente estatus de portador crónico y hepatopatia crónica y aumenta el riesgo de cáncer hepático.  **Tratamiento:**  **1-**Reposo relativo.  **2-**Dieta balanceada, hipograsa.  **3-Fase aguda:** 3-6 millones de interferón IM 3 veces a la semana por 12-24 semanas.  **4-Fase crónica:** se extiende hasta 36 semanas  **Nota:** el interferón se puede asociar con **Rivavin o Rivavirina** (nucleosido análogo) por vía IM. El 13-marzo-2006, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, obtuvo con tecnología cubana un tratamiento para combatir el virus de la hepatitis C y que permitirá a largo plazo la cura de las lesiones del hígado. El producto esta compuesto por 2 medicamentos: Interferón Alfa 2B y la Ribavirina, ambos logrados también en Cuba. El objetivo es eliminar de la sangre el virus C y se supone que a largo plazo se logre una curación completa a partir de la eliminación de las lesiones del hígado y la normalización de las encimas hepáticas.  **5-**Educación sanitaria igual al HVB. | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis D.**  **Nombre anterior:** No se conocía.  **Transmisión:** Similar al VHB, se conoce como agente delta o virus satélite solo se replica en hospederos infectados por el VHB o sea una coinfección o en portadores crónicos del virus (sobre infección).  **Manifestaciones clínicas.**  **1-**Similares al VHB.  **Resultado:** Estatus de portador, hepatitis crónica y cirrosis.  **Tratamiento: 1-**Similar al VHB, aunque el tratamiento con Interferón, esta bajo investigación. | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis E.**  **Nombre anterior:** No A no B, aparece en 1980.  **Transmisión:** Fecal y oral.  **Manifestaciones Clínicas:**  **1-**Similar al VHA, muy grave en embarazadas sobre todo en el 3 trimestre del embarazo, por insuficiencia hepática fulminante, mortalidad de 10-20% la razón es desconocida.  **Tratamiento:**  **1-**Similar al VHA.  **2-**Inmunidad pasiva y activa inexistente hasta el momento. | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis F.**  Algunos autores consideran que se trata de un virus mutante del VHB, mientras que otros, lo aceptan como el virus responsable de la Hepatitis Viral. | | | | | | | | | | |
| **Hepatitis G.**  No se conoce sus características físicas e históricas, se encuentra aun en investigación. Al parecer sigue vías de transmisión parenteral y esporádica. Es frecuente que coexista con infecciones por virus B y C y el tratamiento de la hepatitis B. | | | | | | | | | | |
| **Cuadro clínico general de las hepatitis.**  La evolución de la hepatitis viral aguda típica se divide en 4 periodos.  **1-De incubación:** Aunque difícil de precisar con exactitud, se conocen por medio de los brotes epidérmicos y las epidemias provocadas de forma experimental. Depende del agente causal de las dosis de exposición al virus, del modo de adquirir la infección y de la respuesta inmune del huésped.  **2-Prodrómico:** Al final del periodo de incubación aparece una serie de síntomas inespecíficos que pueden durar desde horas hasta semanas, por lo general 3-5 días, malestar general, anorexia, nauseas, vómitos, cambios de la sensación gustativa, perdida del gusto por los cigarrillos, cefaleas, síntomas de congestión nasal, dolor de garganta, etc.  **3-Ictérico:** Se atenúan ciertos síntomas como las nauseas y los vómitos o desaparecen por completo los síntomas prodrómicos. El paciente refiere dolor en el hipocondrio derecho. Se constata íctero, hepatoesplenomegalia, coluria y acolia. El íctero dura de 1 a 3 semanas.  **4-Convalecencia:** Iónica con la desaparición del ictero. Se describe el síndrome poshepatitis: debilidad, dolor en hipocondrio derecho y/o epigastrio y recuperación de los valores de los complementarios.  Esta forma atípica de presentación solo se observa en el **10%** de los pacientes con hepatitis viral de ahí que se haya descrito varias **formas clínicas.**  **a-Inaparente:** Ausencia de síntomas, solo elevación de las aminotransferazas.  **b-Anicterica:** Es la mas frecuente, presenta todos los síntomas menos el ictero.  **c-Colestacica:** Ictero persistente e intenso, simulan obstrucción de vías biliares.  **d-Prolongada o de lenta resolución:** Forma benigna, dura al menos 4 meses de evolución.  **e-Recurrente o Recidivante:** Aparecen nuevos síntomas tras una hepatitis curada hay que diferenciar residida verdadera, sobre infección o hepatitis crónica activa.  **f-Formas graves:** Subfulminante y fulminante, aparición de signos y síntomas de insuficiencia hepática.  **g-Otras:** Componente autoinmune, en hepatitis aguda por virus B y C: erupciones, urticaria, artralgias, artritis, vasculitis, glomerulonefritis, neuropatías, etc | | | | | | | | | | |
| **Investigaciones Clínicas.**  Las pruebas bioquímicas constituyen métodos de gran valor para realizar él diagnostico de las hepatitis vírales agudas, se clasifican en:  **a-Cetolisis hepática:**  **1-TGP y TGO:** aumentados de 5-10 veces su valor normal.  **2-LDH:** aumentada.  **b-Colestásis: 1-**Fosfatada alcalina aumentada.  **2-**5 nucletidasa aumentada.  **3-**Colesterol aumentado en algunos casos.  **c-**Insuficiencia hepática:  **1-**Albúmina disminuida.  **2-**Proteínas totales disminuidas.  **3-**Tiempo de protombina prolongado.  **d-Otras pruebas.**  **1-**Hemograma con diferencial.  **2-**Eritrosedimentación acelerada al inicio.  **3-**Glicemia disminuida.  **4-**Los **marcadores vírales** son imprescindibles para llegar al diagnóstico etiológico de las hepatitis vírales, se realizan de forma directa e indirecta.  Ej. El diagnóstico serológico de la Hepatitis Viral aguda B se caracteriza por.  -HBs Ag (antígeno de superficie del virus de la hepatitis B).  -Anti- HBc IgM (anticuerpo de tipo IgM contra antígeno cori del virus de la hepatitis B).  -Hbe Ag (antígeno E del virus de la hepatitis B).  -DNA VHB (DNA del virus de la hepatitis B). Es el mas especifico.  -DNAp VHB (ADN polimerasa del virus de la hepatitis B).  **e-Otras investigaciones.**  **1-Ultrasonido:** No aporta datos importantes, Hígado normal o ligeramente aumentado de ligera esplenomegalia.  **2**-Laparoscopia: No se sindica de forma rutinaria solo se hace en pacientes con evolución tórpida. El día antes dieta ligera en la comida, baja en residuos, enema evacuante al acostarse y al día siguiente en la mañana. El mismo día después de realizar reposo.  3-Orina.  4-Heces fecales.  5-Biopsia hepática: No se indica de forma rutinaria solo para demostrar o confirmar la sospecha de malignidad (B, C, D)**.** | | | | | | | **Tratamiento y asistencia de enfermería**  1. Reposo en cama durante la etapa aguda.  2. Dieta nutritiva y aceptable normoproteica e hipograsa. En el período de anorexia el paciente debe recibir pequeñas y frecuentes comidas, además necesitamos ser persistentes pues el paciente suele mostrar aversión por los alimentos.  3. Si la hepatitis es infecciosa se pondrá al paciente en tratamiento aplicando las medidas y principios de asepsia y antisepsia; se debe separar todos los instrumentos, equipos, lencerías y utensilios, y deben esterilizarse en autoclave o hervirse por lo menos 30 min . Al mismo tiempo debe aplicarse las medidas sanitarias tanto personales como ambientales.  4. Se observará anorexia, prurito, coluria, acolia y astenia marcada, que alertan para lograr el diagnóstico etiológico.  5. La administración de medicamentos está encaminada a evitar las nauseas y vómitos, y serán indicados antihistamínicos.  6. La gammaglobulina puede utilizarse como tratamiento profiláctico, también están indicados antihistamínicos como la benadrilina, se añade el complejo B y extracto hepático. Se recomienda administrar sedantes. Los estudios se reservan para los casos más graves con insuficiencias hepáticas. Tener precauciones con este medicamento.  7. Llevar la hoja de balance hidromineral, si está indicada.  8. Medir los signos vitales buscando la aparición de alteraciones como hipertermia.  9-Educación sanitaria: Hepatitis A: Mejorar las condiciones sanitarias e higiénicas de los individuos susceptibles. Hepatitis B: orientar medidas para prevenir el contagio de tipo sexual, uso de condón, con sangre o derivados a través de punciones paranterales. Hepatitis C: Igual a la B. Limitar la ingestión de alcohol, se aconseja no ingerirlo en 1 año.  10-Viabilizar la toma de muestras para realizar los complementarios indicados: TGP y TGO, los Marcadores Vírales, Orina. Ultrasonido. Laparoscopia (si evolución torpida). Heces fecales. Biopsia hepática (B, C, D). Orientando la correcta preparación.  11-Notificación: control del foco y orientar las medidas preventivas. | | | |
| ***Hepatitis A y E:***  ***1-****Fecal y oral (falta de higiene) Contacto de persona a persona a través del agua o los alimentos.*  **Hepatitis B, C y D:**  **1-**Parenteral:  **a-**Postransfusional, adictos a drogas por vía parenteral, hemodiálisis, transplante renal, exposición nosocomial, etc.  **2-No Parenteral:**  **a-Prenatal:** durante el embarazo, parto y lactancia.  **b-Sexual:** se ha encontrado en secreciones y excreciones corporales (sangre, semen, líquidos vaginales, saliva, etc.)  **c-Intrafamiliar:** Se piensa que se puede transmitir a través del contacto físico íntimo y a través de utensilios contaminados (peine, maquina de afeitar, toallas, etc., contaminados con sangre). Es menos frecuente. | | | | | | | | | | |
| **Cirrosis Hepática**  **Definición:** Es un daño crónico e irreversible del parénquima hepático, consiste en fibrosis extensa, acompañada de la formación de nódulos de regeneración | | | | | | | | | | |
| **Etiología:**  **1-Tóxicos:** alcohol, metrotexate, isoniacida, paracetamol, etc.  **2-Infecciosa:** Hepatitis (B;C;D) y por parásitos.  **3-Metabólica por trastornos genéticos:**  **a-**Hemocromatosais (pigmentación de la piel y vísceras por componentes procedentes de la hemoglobina). Enf de Wilson (dermatitis exfoliativa, desprendimiento de escamas).  **b-**Déficit de A1 antitripsina (anticuerpo del suero con acción contra la tripsina.  **c-**Galactosemia (presencia de galactosa en sangre.  **4-Biliares:**  **a-**Cirrosis biliar primaria (sin causa aparente).  **b-**Cirrosis biliar secundaria (Obstrucción extrahepatica).  **c-**Atresia (oclusión de las vías biliares).  **5-Vasculares:**  **a-**Insuficiencia cardiaca.  **b-**Pericarditis constrictiva.  **6-Miscelánea:**  **a-**Obesidad.  **b-**Enfermedad de RENDU- OSLER (telangectasia hemorrágica con epistaxis hereditaria con dilatación de los vasos capilares de pequeño calibre).  **7-**Criptogénico.  **a-**Origen ignorado. | | | | | | | **Clasificación.**  **1-Cirrosis porta de Laennec:** Llamada también alcohólica o nutricional en que el tejido cicatriza rodeas las áreas porta. Los haces de tejido conectivo que surge de los espacios porta desarticulan la arquitectura lobulillal. Es el tipo más común de cirrosis hepática y la suele causar al alcoholismo crónico.  **2-Cirrosis post- necrótica:** Aparecen bandas anchas de tejido cicatriza como resultado tardío de hepatitis viral aguda. Hay necrosis del hepatocito con colapso condensación y aproximación de los elementos del sistema de uno o mas lobulillos, por lo que lo que la cicatrización junto con los nódulos de regeneración confieren al órgano un aspecto nodular.  **3- Cirrosis biliar:** Las cicatrices tienen situación pericolangetica y perilobulillar suele debe ser la obstrucción crónica de las vías biliares e infección (colangeitis) aquí la ictericia es el signo principal. Es mucho más rara que las 2 anteriores.  **Otra Clasificación.**  **1-**No várices, no ascitis.  **2-**Várices, no ascitis.  **3-**Ascitis con o sin várices.  **4-**Sangrado con o sin ascitis. | | | |
| **Cuadro Clínico de la Cirrosis Hepática**  **Fase compensada** en la cual el paciente puede cursar con ninguna o poca sintomatología como por ejemplo  Astenia.  . Anorexia.  . Pérdida de peso.  . Dispepsia flatulenta.  Dolor abdominal  Etc.  **En la descompensada** va a presentar una sintomatología muy variada que dependerá de las complicaciones que se presenten debido a la hipertensión portal y la insuficiencia hepática  Sangramiento digestivo  Ictericia.  Hepatomegalia  Esplenomegalia.  Ascitis. Acumulación de liquido libre en la cavidad abdominal  Circulación colateral abdominal.  Arañas vasculares. (Vasos sanguíneos rojos en la piel, haciendo figuras parecidas a arañas  Ginecomastia.  Atrofia testicular. Debido a alteraciones endocrinas  Hemorroides. | | | | | | | **Investigaciones clínicas:**  **1-**Fosfatada alcalina aumentada.  **2-**TGP y TGO aumentada.  **3-**Colinesteraza disminuye.**4-**Bilirrubina.  **5-**Laparoscopia. **6-**Biopsia.  **7-**Ultrasonido.**8-**Tomografía.**9-**Ganmagrafía.\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **TRATAMIENTO.**  **FASE COMPENSADA.**  1. Dieta normal: la ingestión de 1 g de proteínas por kilogramo  de peso corporal por día.  2. Administrar vitaminas y minerales  3 Suprimir el alcohol.  **FASE DESCOMPENSADA** depende de la complicación que presente el paciente de manera general es  1. Reposo.  2. Dieta: restringir proteínas y sodio. El sodio se restringe para evitar la acumulación de líquidos y las Proteínas se restringen para evitar que las bacterias del intestino fabriquen más amoníaco a partir de las proteínas de la dieta,  3. Diuréticos:  **4**. Paracentesis: en pacientes refractarios al tratamiento con Restricción de sodio y diuréticos, en estos pacientes pueden extraerse 6 Litros o  Más de líquido ascítico. Para prevenir la hipovolemia se  Administran 6 a 8 g de albúmina por litro extraído.  5. Transplante hepático.(Que es el tratamiento definitivo). | | | |
| **Atención de Enfermería:**  **1-**Reposo en la fase aguda para que el hígado recupere su capacidad funcional y además limitadas necesidades metabólicas y aumentar el riego sanguíneo y hepático.  **2-**Oxigenación en fase aguda, para oxigenar las células hepáticas debilitadas y evitar su destrucción favoreciendo su regeneración.  **3-**Dieta hipograsa, hipoproteica, menos de 40 a 50 gr por día. Si ascitis hiposódica menos de 0.5 gr / día.  **4-**Si el paciente se encuentra muy depauperado alimentación nasogástrica.  **5-**Medir signos vitales.  **6-**Valorar el estatus neurológico para detectar encefalopatía.  **7-**Pesar y medir perímetro abdominal diariamente.  **8-Cumplimiento del tto médico.**  **a-**Administrar diuréticos como furosemida, menos de 80 mg diarios y aldactone 400mg diarios si ascitis.  **b-Si sangramiento:** Cuidados con la sonda de sengstake- blaake- more y minnesota. Además limpieza y aseptización de los intestinos con enemas evacuantes y neomicina metronidazol, para destruir flora bacteriana para que no degraden la sangre en amoníaco, que al no ser procesada en hígado llega al cerebro y produzca una encefalopatía (Temblor, alucinaciones, psicosis, coma, convulsiones)). Además albúminas y plasma fresco (proteínas osmóticas).  **c-**Tratamiento profiláctico con propanol y atenolol para disminuir la presión portal mediante sus efectos vasodilatadores, para disminuir la frecuencia cardiaca en reposo lo que constituye una profilaxis de la hemorragia por hipertensión portal y por varices.  **9-**Control de balance hidromineral, no excederse en las reposiciones, puede incrementar la circulación portal.  **10-**Administrar vasopresina o somastotatina (vasoconstrictores que pueden producir isquemia cardiaca, por lo que se aconseja administrar nitroglicerina si sangramiento por varices. | | | | | | | | | | |
| **Complicaciones:**  **1-**Hipertensión portal. **2-**Hemorragia por varices. **3-**Ascitis. **4-**Peritonitis bacteriana espontánea. **5-**Encefalopatía hepática. **6-**Coagulopatía. | | | | | | | | | | |
| **Colecistitis. Definición:** Es la inflamación aguda de la pared vesicular, puede ser litiasica o alitiasica.  **Colelitiasis. Definición:** Es la presencia de cálculos biliares en la vesícula y/o árbol biliar el 80% de estos cálculos son de colesterol y el 20% pigmentarios. | | | | | | | | | | |
| **Fisiopatología.**  **Colecistitis.**  Se cree que es resultado del equilibrio de líquidos y electrolitos, así como del flujo sanguíneo regional en la circulación visceral. Se encuentra después de procedimientos quirúrgicos mayores, traumas graves o quemaduras; a demás de los ductos císticos por torsión, infección y transfusión sanguínea múltiples.  **Colelitiasis.**  **Cálculos compuestos por pigmentos:** Se forman cuando los pigmentos no conjugados en la bilis se precipitan para dar lugar a cálculos, los mismos no se disuelven, se extraen mediante cirugía.  **Cálculos de Colesterol:** El colesterol es insoluble en agua. Su solubilidad depende del contenido de fosfolipidos (ácidos biliares y lecitina), disminuye la síntesis de ácidos biliares y aumenta la del Colesterol en el hígado, como  consecuencia, la bilis está sobresaturada de colesterol predisponiendo a la formación de cálculos, los que actúan como irritantes y produce cambios inflamatorios en la vesícula | | | | **Etiología:**  **1-**Aumento de colesterol.  **2-**Disminución de la excreción biliar de sales biliares.  **3-**Presencia de barro biliar.  **Colecistitis aguda litiasica.**  **1-**Por cálculos, obstrucción del cístico fundamentalmente.  **Colecistitis aguda alitisasica:**  **1-**Infección (Salmonella thify, sepsis generalizada).  **2-**Parasitaria (Giardia lamblia, fasciola estrangiloides).  **3-**Mecánica (Acodamiento del cístico, compresión extrínseca).  **4-**Vascular (Arteriosclerosis).  **5-**Tumoral (Neoplasia de vesícula).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cuadro clinico: Colecistitis y Colelitiasis.**  **1-**Cólico biliar localización en epigastrio que se irradia a hipocondrio derecho, espalda y hombro derecho (por obstrucción del colédoco, por un cálculo en Colecitiasis.  **2-**Náuseas y vómitos.  **3-**Escalofrío y fiebre.  **4-**Sensación de llenura, flatulencia, aerofagia, regurgitación y pirosis, etc.).  **5-**Ictero en el 20% de los pacientes. | | | | | | |
| **Investigaciones.**  **1-Leucograma:** Aumentado.  **2-Bilirrubina:** Aumentado.  **3-TGO-TGP:** Aumentado cifras normales TGO (0.12 a 5.40) TGO (0.12 a -5.35).  **4-Fosfatada alcalina:** aumento cifras normales (2-4).  **5-Amilasa:** Aumento cifras normales (8-18).  **6-**Colicestografía oral y EV.  **7-**Ultrasonido  **8-**Laparoscopia.  **9-**Radiografía simple de abdomen. **10-**Ecografía. | | | | **Tratamiento médico e Intervención de Enfermería.**  **1-**Analgésicos según el estado del paciente, EV o IM.  **2-**Suspender vía oral.  **3-**Si vómitos pasar sonda nasogástrica y aspirar contenido.  **4-**Canalizar vena para administrar líquidos EV.  **5-**Llevar HBHM.  **6-**Medir signos vitales.  **7-**Brindar cuidados higiénicos.  **8-**Después de la fase aguda orientar dieta baja en grasa.  **9-**Metoclopramida 1 hora antes de los alimentos | | | | | | |
| **Hemorroides:** Son dilataciones de las venas ano réctales | | | | | | | | | | |
| **Causas**  1-Permanecer mucho tiempo de pie,  2-cargar mucho peso, puede favorecer o empeorar los síntomas de las hemorroides.  3-Estreñimiento  4- Malos hábitos a la hora de defecar (permanecer mucho tiempo en la taza, hacer mucha presión).  5-La herencia también influye; si sus padres o abuelos padecieron de hemorroides, puede que usted tenga mayor riesgo de tener hemorroides.  6-El embarazo en las mujeres, debido al esfuerzo para dar a luz, puede producir hemorroides, y normalmente desaparecen tras el parto.  7- Obesidad  8-Abuso de laxantes y diarreas  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Complicaciones**  1-Trombosis  2-Fístulas ano réctales  3-Fisuras  4-Infecciones  5-Sangramiento en forma enterorragia | | | | **Cuadro Clínico**  1-Sangramiento Rectal. (Sangre roja, brillantes en las heces o en forma de gotas en la taza o en el papel higiénico.  Normalmente el sangrado es escaso.) En las hemorroides internas (las más frecuentes) el sangrado no se acompaña de dolor.  A veces El sangrado puede ser tan intenso que cause enterrogia  2-Dolor, prurito, quemazón en el caso de las hemorroides externas.  3-Las hemorroides también pueden trombosarse y originar dolor intenso e infección  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tratamiento**  1-Dieta: debe ser rica en fibras ejemplo frutas, [verduras](http://es.wikipedia.org/wiki/Verdura), [pan integral](http://es.wikipedia.org/wiki/Pan_integral), líquidos abundante, []Evitar comidas muy sazonadas, picantes y grasas, así como el consumo de alcohol y otros irritantes  2-Mantener una buena higiene anal y evitar rascar o frotar las hemorroides, para a prevenir las infecciones.  3-Cremas antihemorroidales,  4-Baños de agua tibia-fresca (3-4 al día), durante 10-15 minutos  5-En ocasiones es necesaria la cirugía. Cuando se compli | | | | | | |
| **Atención de enfermería**  **1**-Brindar educación para la salud encaminado a  2-Prevención  Se debe hacer ejercicio por lo menos tres veces a la semana durante media hora (caminar, correr o bicicleta estática) con el fin de mejorar la circulación general de su cuerpo.  Los alimentos poco recomendados son los irritantes y condimentos tales como los [chiles](http://es.wikipedia.org/wiki/Chile), las [especias](http://es.wikipedia.org/wiki/Especia) y [aderezos](http://es.wikipedia.org/wiki/Aderezo), el [ajo](http://es.wikipedia.org/wiki/Ajo), el [perejil](http://es.wikipedia.org/wiki/Perejil), la [cebolla](http://es.wikipedia.org/wiki/Cebolla) y la [mostaza](http://es.wikipedia.org/wiki/Mostaza), la salsa de [tomate](http://es.wikipedia.org/wiki/Tomate), el tomate, el [vinagre](http://es.wikipedia.org/wiki/Vinagre), el [café](http://es.wikipedia.org/wiki/Caf%C3%A9), el [chocolate](http://es.wikipedia.org/wiki/Chocolate) negro, el [té negro](http://es.wikipedia.org/wiki/T%C3%A9_negro) o el [té de canela](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=T%C3%A9_de_canela&action=edit&redlink=1), el [alcohol](http://es.wikipedia.org/wiki/Alcohol), todas las frutas no maduras o ácidas (como el [limón](http://es.wikipedia.org/wiki/Lim%C3%B3n), la [mandarina](http://es.wikipedia.org/wiki/Mandarina), la [naranja](http://es.wikipedia.org/wiki/Naranja), la [piña](http://es.wikipedia.org/wiki/Pi%C3%B1a), la [toronja](http://es.wikipedia.org/wiki/Toronja)), las que tienen mucho hueso (como la [tuna](http://es.wikipedia.org/wiki/Tuna) o [higo chumbo](http://es.wikipedia.org/wiki/Higo_chumbo), la [fresa](http://es.wikipedia.org/wiki/Fresa) o la [guayaba](http://es.wikipedia.org/wiki/Guayaba)) y las [astringentes](http://es.wikipedia.org/wiki/Astringente) ([manzana](http://es.wikipedia.org/wiki/Manzana), [pera](http://es.wikipedia.org/wiki/Pera), [granada](http://es.wikipedia.org/wiki/Granada), [marañón](http://es.wikipedia.org/wiki/Mara%C3%B1%C3%B3n), [membrillo](http://es.wikipedia.org/wiki/Membrillo)).  Los alimentos recomendados son todos aquellos que tengan fibra, como el [pan](http://es.wikipedia.org/wiki/Pan) o tortilla hecha con [harina integral](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Harina_integral&action=edit&redlink=1), la [verdura](http://es.wikipedia.org/wiki/Verdura) o fruta que se pueda comer con [cáscara](http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1scara) o [bagazo](http://es.wikipedia.org/wiki/Bagazo) (como la [uva](http://es.wikipedia.org/wiki/Uva)) o blanda (como la [banana](http://es.wikipedia.org/wiki/Banana) o [papaya](http://es.wikipedia.org/wiki/Papaya)), con el fin de reblandecer la materia fecal y hacer más fácil su expulsión, y tomar mucha agua (siempre hervida o purificada).  . Evitar situaciones que favorezcan la formación de las hemorroides : el estreñimiento y los malos hábitos a la hora de defecar (permanecer mucho tiempo en la taza, hacer mucha presión). | | | | | | | | | | |
| **Cáncer Gástrico.**  **Definición:** Es la neoplasia maligna de la mucosa gástrica, ocurre con mayor frecuencia en la curvatura menor o antro del estómago y son adenocarcionomas.  **Etiología.**  **1-La dieta:** es el factor más importante, digestión abundante de alimentos ahumados y carencia de frutas-vegetales.  **2-**Inflamación crónica del estómago.  **3-**Anemia perniciosa.  **4-**Aclorhídrica.  **5-**Ulcera gástrica.  **6-Bacterias:** Helipcobacter Pilory.  **7-**Herencia.  **Manifestaciones Clínicas:**  **1-**En etapas tempranas no hay síntomas.  **2-**Dolor que se alivia con antiácidos.  **3-Con el progreso de la enfermedad:** indigestión, anorexia dispepsia, pérdida de peso, dolor abdominal intenso, estreñimiento, anemia, náuseas y vómito.  **Tratamiento.**  **1-Quirúrgico:** gastrectomía subtotal radical (el muñón gástrico se anastomosa con el yeyuno) gastrectomía total (se restaura la continuidad gastrointestinal mediante anastomosis entre los extremos del esófago y yeyuno).  **2-Quimioterapia:** 5 Fluoracilo, Adriamicina y Mitomicina C.  **3-Radioterapia:** Tiene poco éxito.  **Atención de Enfermería.**  **1-Reducción de la ansiedad:** Debe crearse un ambiente relajado y sin tensiones de modo que el paciente pueda expresar temores, preocupaciones y posibles adversión al diagnóstico.  **2-Optimización de la nutrición:** La ingestión frecuente de alimentos no irritantes y de poco volumen, ayuda a disminuir la irritación gástrica. Los complementos alimentarios deben ser ricos en vitaminas A y C, así como hierro de modo que facilite la reparación histica. Se administra B-12 por vía Parenteral indefinida (si gastrectomía total).  **3-Alivio del dolor:** Se administra analgésicos según indicación médica (dosis, vías, frecuencia). Se orienta cambios de posición, técnicas de relajación.  **4-Proporcional apoyo psicosocial:** Se debe dar respuestas sinceras a sus preguntas y debe hacérsele partícipe en las decisiones relativas al tratamiento. Se busca la participación de familiares.  **5-Educación del paciente y consideraciones para cuidados en el hogar:** Se advierte al paciente que puede requerir de algunos meses para ingerir comidas normales, inicialmente recibirá alimentación Parenteral, por sonda, hasta llegar a comidas frecuentes y de escaso volumen. Son necesarios los períodos diarios de reposo, así como las consultas médicas. Se le explicará que durante la quimioterapia y radioterapia pueden ocurrir reacciones tales como: náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, etc.). La orientación nutricional se inicia en el hospital y se refuerza en el hogar, se debe aprender a registrar los ingresos y egresos diarios, el peso; además de cómo enfrentar el dolor, náuseas, vómitos, etc, reconocer las complicaciones y cuidar las heridas.  **Complicaciones.**  **1-**Hemorragia.  **2-**Obstrucción.  **3-**Perforación.  **Cáncer de Colon.**  **Definición:** Tumor maligno del colon representa el 50% de los cánceres del sistema digestivo y su incidencia mayor es en el recto.  **Etiología:**  Se desconoce la causa exacta pero se han identificado los factores de riesgo: antecedentes del paciente o familiares de cáncer o pólipos en el colon, antecedentes de enteropatias inflamatorias crónicas y dieta rica en grasa, proteína (carne roja) y baja en fibra.  **Fisiopatología.**  Puede comenzar con un pólipo benigno que se convierte en maligno e invade y destruye los tejidos normales y se extiende a estructuras circundantes. Las células cancerosas pueden desprenderse de otras partes del cuerpo muy frecuentemente hígado. Es predominantemente un carcinoma derivado del recubrimiento epitelial del intestino.  **Cuadro Clínico.**  Depende de la localización y fase de la enfermedad y función del segmento en que se encuentra.  **1-** El más frecuente cambio en los hábitos de defecación.  **2-** Presencia de sangre en las heces.  **3-** Anemia.  **4-** Anorexia perdida de peso y fatiga.  **Cáncer del lado derecho.**  **5-** Dolor abdominal sordo.  **6-** Melena.  **Cáncer del lado izquierdo.**  **7-** Obstrucción (dolor, cólicos abdominales, evacuaciones estrechas, constipación y distensión),  **8-**Sangre roja brillante en las heces.  **Lesiones Rectales.**  **9-**Tenesmo.  **10-** Dolor rectal.  **11-** Sensación de no haber evacuado completamente.  **12-** Alteraciones de diarrea y estreñimiento.  **13-**Heces sanguinolentas.  **Complicaciones del Cáncer de Colon y Recto.**  **1-**Obstrucción parcial o total del intestino (cuando crece el tumor)  **2-**Hemorragias (los vasos capilares son invadidos por el crecimiento y ulceración).  **3-**Perforación (por la formación de abscesos.  **4-**Peritonitis.  **5-**Sepsis.  **6-**Shock.  **Tratamiento Médico:**  Depende de la etapa de la enfermedad.  **Opciones:** Quimioterapia, radioterapia y/o inmunoterapia.  **Quimioterapia:** **Citostáticos:** uno de los más usados es el 5 fluoracilo.  **Tener en cuenta:**  **1-**Hemograma realizado y dentro de límites normales.  **2-**Vena accesible bien canalizada.  **3-**Permeabilizar la vena antes de administrar el Citostáticos.  **4-**Nunca administrar Citostáticos directo a la vena siempre diluido.  **5-**Permeabilizar la vena siempre después del Citostáticos.  **6-**Administrar antiemético y antihistamínico antes del Citostáticos.  **7-**Amplia preparación psicológica antes y después enfatizando en las reacciones adversas y como sobrellevarlas.  **Radioterapia:** Actualmente se administra antes de la intervención quirúrgica para reducir el tumor lograr mejores resultados de la cirugía y reducir el riesgo de recurrencia y después de la IQ. Al igual que en los accesos no operables para aliviarlo más posible los síntomas.  Se ha demostrado que la recurrencia se retrasa y se incrementa el tiempo  De sobre vivencia en los pacientes que reciben algunas de estas formas de tto.  **Tratamiento Quirúrgico.**  La cirugía es el principal tto de la mayor parte de los cánceres de colon y recto esta puede ser curativa o profiláctica.  **Investigaciones:** Junto con la exploración del vientre y el tacto rectal, las técnicas más importantes para diagnosticar cáncer de colon con búsqueda de sangre oculta en heces, colon por enema, rectosigmoidoscopia y colonoscopia.  **Atención de Enfermería en el Cáncer del Colon.**  **1-Observación estricta:** Detectando aparición de signos y síntomas que nos alerten la fase de la enfermedad y función afectada del segmento en que se encuentra el tumor, valorando mejoría e empeoramiento del cuadro clínico.  **2-Alivio del dolor:** Deben administrarse los analgésicos según indicación medica, hacer que el entorno sea adecuado para que el paciente se relaje, proporcionarle comodidad, cambios de posición masaje en la espalda y distracción.  **3- Incremento de la tolerancia a la actividad:** Se valora para reducir su fatiga, modificando y programando actividades con periodos adecuados de descanso.  **4-Proporcionar medidas nutricionales**: Para que su nutrición sea adecuada debe recibir una dieta rica proteínas y vitaminas y con pocos residuos para que disminuya el peristaltismo excesivo y se reduzcan los cólicos, si es necesario administrar nutrición parenteral total si el paciente continúa con pérdida de peso avisar al médico.  **5-Conservación del líquidos y electrolitos:** Llevar estricto control de la HBHM observar disminución de la turgencia de la piel sequedad de mucosas concentraciones y densidad de la orina si elimina menos de 30ml/h avisar al medico para reajuste de hidratación.  **6-Reducción de la ansiedad:** Se le brinda privacidad y ejercicios de relajación se dedica tiempo para escuchar al paciente. El personal que, lo atiende debe mostrarse relajado, responder con sinceridad sus preguntas y se explican pruebas y procedimientos al nivel de comprensión del paciente.  **7-Prepara al paciente en relación a su imagen corporal:** Se alienta al paciente explicando la importancia de la colostomía se le enseña como cuidarla. El entorno que lo rodea debe ser positivo para que se adapte a los cambios derivados de la cirugía.  **Los cuidados de enfermería en el paciente pre y post operatorios.**  **1-**Son los mismos de una cirugía abdominal.  **2-Especificando:**  **a-Limpieza y aseptización de las asas intestinales:** se realizara a través de enemas evacuantes y laxantes, además se administran antisépticos como: Neomicina y sulfas, en estos momentos se utiliza metronidazol, tetraciclina por vía oral, la dosis y frecuencia es según indicación medica, este puede durar desde una semana hasta las 24 horas antes de la IQ según indicación médica.  **b-Dieta:** rica en proteínas, vitaminas y minerales y baja en residuos, puede durar desde 1 semana hasta 24 horas antes de la IQ según indicación médica, se mantiene la dieta liquida en el preoperatorio inmediato.  **c-**Si el paciente tiene anemia velar por la administración de transfusión sanguínea.  **d-**Sí se le va ha realizar colostomía amplio apoyo psicológico sobre la misma y su futura imagen corporal.  **e-**Observación del paciente para detectar complicaciones postoperatorias como: Ileon paralítico, obstrucción mecánica, infección intraperitoneal y de la incisión abdominal, peritonitis, dehiscencia de la incisión y de la anastomosis, fístulas, etc.  **Colostomía.**  **Definición:** Es la creación quirúrgica de un orificio (estoma) hacia el colon. Permite la evacuación o drenaje hacia el exterior del colon.  **Cuidados de la Colostomía.**  La función de la colostomía empieza de 3 a 6 días del post-operatorio. El enfermo cuidará la colostomía, hasta que el paciente aprende por si mismo.  Se le enseña: el cuidado de la piel, aplicación y manejo de la bolsa de drenaje y la irrigación.  **1-Cuidados de la piel:** El material de salida varía con el tipo de orificio artificial:  **a-Transversal:** heces suaves e irritan la piel.  **b-Descendente o Sigmoidea:** Heces sólidas y ligeramente irritantes. La piel alrededor de la colostomía se lava con jabón varias veces, se protege con una crema y se fija con seguridad la bolsa para drenaje; además puede aplicarse nistatina.  **2-Aplicaciones de la bolsa para drenaje:** El orificio de la bolsa debe ser 0,3 cm que la colostomía.  **3-Cuidados de la bolsa para drenaje:** Los pacientes pueden elegir entre una amplia variedad de bolsas, según sus necesidades individuales, la mayor parte son desechables y resistentes al dolor.  **4-Formas de quitar el dispositivo:** El dispositivo se cambia cuando se llena la 3ra o 4ta parte de su volumen para que el peso no despegue la bolsa del disco adhesivo y se derrame el material fecaloide. Se pide al paciente que adopte una posición cómoda luego separe la piel del disco adhesivo con suavidad, mientras lleva la bolsa hacia arriba y la separa de la colostomía.  **5-Irrigación de la colostomía:** El orificio arterial del abdomen no tiene control muscular voluntario y suele llenarse a intervalos irregulares; La regulación se logra por irrigación o por evacuación, natural del intestino sin irrigación. Se irriga la colostomía con el propósito de variar el colon de gas, mucosidades y heces.  **6-Educación del paciente y consideraciones sobre la atención en casa.**  La familia debe estar informada sobre los cuidados que deben darse al estoma y los ajustes que tendrán que hacer en la vida diaria del paciente una vez que éste vuelva a la casa. Antes que el paciente salga del hospital hay que revisar con el y su familia el procedimiento de cuidar la colostomía. Se realiza una valoración nutricional completa. Se evitan alimentos que causan olor y gas excesivos (col, huevos, pescado frijoles, etc.). Si el paciente tiene diarrea o constipación hay que identificar el alimento que la produce y establecer medidas.  **Complicaciones de la Colostomía.**  **1-**Prolapso del estómago (a cusa de obesidad).  **2-**Perforación (por irrigación inadecuada).  **3-**Retracción.  **4-**Irritación cutánea. | | | | | | | | | | |
| **Investigaciones Clínicas:**  **1-Gastroquinograma:** Se realiza un examen del contenido gástrico a través de una sonda con el objetivo de obtener información de la función motora, secretora e histológica.  **Atención de Enfermería**  **1-**Prepara psicológicamente al paciente.  **2-**Anestesiar mediante pulverización atomización de pantocaina o lidocaína en la faringe para evitar el reflujo nauseoso  **3-**Mantener el estatus óptimo de las sondas si son de goma mantenerlas en el refrigerados, si son plástica introducirlas previamente en agua caliente.  **4-**Intubar al paciente en posición sentada.  **5-**Estimular el contenido gástrico con la administración de histamina o pentagastrina.  **6-**Controlar los signos vitales (pulso y TA).  **7-**Retirar la sonda pinzada para evitar bronco aspiración.  **8-**Ofrecer colutorio para enjuagar la boca.  **9-**Rotular la muestra especificando antes y después de histamina.  **2-Rx de estómago y duodeno:** Se realizará con el objetivo de observar el contorno de las vías gastrointestinales después de ingerir una sustancia radiopaca (bario).  **Preparación:**  **1-**Ayuna de 12 horas.  **2-**No fumar.  **3-**Preparación psicológica.  **4-**Enemas evacuantes, hasta que el agua salga limpia.  **3- Gastroscopia:** Se realiza con el objetivo de inspeccionar la mucosa gástrica con fines diagnósticos y terapéuticos.  **Preparación: (Antes)**  **1-**Ayuno de 6-8 horas.  **2-**Sedición por vía IM 1 hora antes.  **3-**Administrar atropina para reducir secreciones.  **4-**Interrogar al paciente para saber si es alérgico al anestésico.  **5-**Prepararlo psicológicamente.  **(Durante)**  **1-**Se pulveriza con pantocaina los labios, cavidad bucal y la faringe se introduce el endoscopio con suavidad y lentamente. Esta técnica permite tomar muestra para biopsia.  **2-**Observar al paciente.  **3-**Enviar muestra identificada.  **(Después)**  **1-**El paciente no debe ingerir bebida ni alimento hasta que reaparezca el reflejo nauseoso, para prevenir bronco aspiración.  **2-**Observación de signos de perforación y general del paciente.  **5-Biopsia hepática:** No se indica de forma rutinaria solo para demostrar o confirmar la sospecha de malignidad (B, C, D).  **Antes.**  **1-**Conocer con anticipación los resultados de hemograma y cuagulograma, estos deben estar normales.  **2-**Verificar, además el consentimiento del paciente.  **3-**Medir y verificar los signos vitales.  **4-**Describir al paciente: fases del procedimiento, sensaciones que tendrá durante el mismo, restricciones de la actividad, etc.  **5-**Preparar el material necesario.  **6-**Si se realiza, por laparoscopia se administra un enema evacuante la noche antes a las 10 pm.  **Durante.**  **6-**Apoyar al paciente durante el procedimiento.  **7-**Descubrir la mitad derecha de la porción superior del abdomen (hipocondrio derecho).  **8-**Solicitar al paciente que inspire y espire profundamente varias veces y que al final expulse todo el aire y permanezca sin respirar al final de la espiración. El médico introduce la aguja, penetra en el hígado, aspira y extrae la aguja. Todo el proceso debe durar de 5 a 10 segundos.  **Después.**  **9-**Pedir al paciente que reanude la respiración.  **10-**Posterior a la toma de muestra, auxiliar al paciente a cambiar de posición y acostarse sobre el lado derecho; colocar una almohada debajo del borde costal y pedirle que permanezca inmóvil en dicha posición durante varias horas.  **11-**Medir signos vitales cada 30 minutos, hasta que el estado del paciente sea estable y satisfactorio.  **12-**Observar manifestaciones clínicas que alerten hemorragia o peritonitis, como taquicardia, hipotensión, dolor o manifestaciones de aprensión.  **Colonoscopia.**  **Antes.**  **1-** Limitar la ingestión de líquidos de 1 a 3 días antes de la investigación. Dieta baja en residuos hasta el día antes.  **2-** Administrar laxantes de 1 a 3 noches antes de la investigación.  **3-** Administrar enemas evacuantes por las noches y el día antes, a las 6 pm, 10 pm y 6 am, y si no sale limpio seguir administrando hasta que así sea.  **4-** Se le orienta al paciente que el día anterior a la investigación no tome sus medicamentos, pues por los enemas evacuantes no le harán efecto.  **5-** Se le administra un analgésico y un ansiolítico, para prevenir el dolor y disminuir la ansiedad.  **6-** Se coloca al paciente en posición decúbito lateral izquierdo y las piernas plegadas hacia el pecho.  **7-** Preparar material necesario.  **Durante.**  **8-**Ayudar al medico durante el procedimiento.  **9-**Observar al paciente para detectar complicaciones tales como: disritmias cardiacas, y depresión respiratoria, a causa de los medicamentos administrados, reacciones vasovagales, sobrecarga circulatoria e hipotensión, consecuencias de los preparativos para el procedimiento.  **Después.**  **10-** Reposo hasta recuperarse totalmente  **11-** Observar al paciente para detectar complicaciones tales como: perforación del intestino (sangrado rectal, dolor o distensión abdominal, fiebre, etc.)  **Rectosigmoidoscopia.**  **Antes.**  **1-** Administrar enemas evacuantes hasta que el agua salga limpia.  **2-** Dieta baja en residuos el día anterior.  **3-** La posición depende del tipo de instrumento, **Rígido:** decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas hacia el pecho. **Flexible:** decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha doblada hacia delante.  **Durante.**  **4-** Observar al paciente.  **5-** Ayudar al médico durante el procedimiento.  **Después.**  **6-** Observar al paciente para detectar complicaciones tales como: perforación del intestino (sangrado rectal, dolor o distensión abdominal, fiebre, etc.)  **7-** Reanudar actividades y dieta normal. | | | | | | | | | | |
| **Uso de la medicina tradicional y natural.**  **Mejorana: Infusión:** 15-20g de hojas fragmentadas en 1 litro de agua hirviendo filtrar un vaso dos veces al día.  **Manzanilla: Infusión:** 5-20g de flores en 1 litro de agua hirviendo filtrar beber 500-700ml al día en 3-4 dosis.  **Albahaca blanca: Infusión:** 15-20g flores secas y frescas en 1 litro de agua hirviendo reposar 10-15 y filtrar después beber.  Caña Santa: Infusión: 10-20g 1 litro de agua hirviendo, reposar 10-15 filtrar por un paño o lienzo fino ingerir 500-700 al día 2-3 dosis.  **Llantén: Infusión:** 3g de hojas 240ml agua destilada duración 10-6g en 240 ml de agua hirviente 3 veces al día.  **Nota:**  **Dispepsia:** Mejorana, Manzanilla, Melito Amargo, Albahaca blanca, Caña Santa, Naranja dulce.  **Gastritis:** Manzanilla, Llantén, Mangle, Melito.  **Ulcera péptica:** Mangle, Melito y Sábila. | | | | | | | | | | |
| **Consideraciones Gerontológicas del Sistema Digestivo.**  El funcionamiento del **Aparato Digestivo** continúa siendo más o menos adecuado a lo largo del ciclo vital. No obstante, muchos ancianos padecen síntomas relacionados con desaceleración del transito de los alimentos o hipomotilidad gastrointestinal. Casi la mitad de la población ha perdido los dientes, hacia los 60 años. Esto no es una consecuencia inevitable del envejecimiento; pero la enfermedad periodontal es común; origina aflojamiento y caída de los dientes. También disminuye la salivación, con lo que se suele experimentar sequedad de la boca.  La frecuencia de **carcinoma colorrectal** aumenta con la edad y se considera que es una de las neoplasias malignas más comunes en ancianos, después del cáncer de próstata. Los síntomas mas frecuentes son dolor abdominal, obstrucción, tenesmo, rectorragia y fatiga por anemia ferropénica. La falta de fibra vegetal (residuo), constituye un agente importante, porque se prolonga el tiempo de transito de las heces y así aumenta la exposición a carcinógenos posibles. El exceso de grasa, altera la flora bacteriana y transforma los esteroides en compuestos carcinógenos.  En el anciano con **colostomía**, hay que enseñarlo a él y su familia como cuidar la misma; pues las capas del epitelio y de tejido subcutáneo graso se adelgazan y la piel se irrita con mas facilidad, para prevenir este agrietamiento, se pone especial atención a la limpieza y fijación adecuada de aditamentos. La arteriosclerosis disminuye el riego sanguíneo a la herida y al estoma, lo que retarda el transporte de nutrientes y la cicatrización.  Los ancianos que contraen **Hepatitis B**, están en grave peligro de necrosis hepática intensa o insuficiencia hepática fulminante, en particular si coexiste con otras enfermedades. El cuadro es gravísimo y el pronóstico muy insatisfactorio.  El peristaltismo esofágico es menos eficaz. Además el cardias a veces presenta disfunción y no se relaja, lo que origina demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior del esófago. Los síntomas principales son: sensación de plenitud, pirosis e indigestión. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciado del contenido gástrico. Además la hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro, calcio y vitamina B-12. Hay deficiencias de grasas y la tolerancia a las mismas. Aumenta la incidencia de cálculos biliares y del conducto colédoco. El **estreñimiento** esta entre los trastornos mas frecuentes, acompañado de dolor abdominal y flatulencias.  Es posible fomentar el funcionamiento gastrointestinal en base a las practicas saludables como higiene dental 3 veces al día, recibir cuidados estomatológicos periódicos, consumir comidas frecuentes y poco abundantes, evitar actividades extenuantes después de comer, ingerir una dieta rica en fibras y baja en grasas, beber cantidades adecuadas de líquidos, establecer hábitos intestinales periódicos y evitar el uso de laxantes y antiácidos.  **Consideraciones Éticas y Bioéticas.**  Los principios éticos comunes que son adecuados en la enfermería incluyen autonomía, beneficiaria, justicia, no maleficencia entre otros, los cuales deben ponerse de manifiesto en nuestra actuación profesional, explicando al paciente con lenguaje claro y sencillo su patología y los cuidados que se les brindaran, dándole participación en la toma de decisiones de los mismos.  **Consideraciones de Atención Primaria de Salud.**  Como resultado de los cambios en los Servicios Asistenciales la atención a la salud en el hogar es en la actualidad centro de los campos de práctica más amplios de la enfermería; los cuales se llevan a cabo por el Médico y Enfermero de la familia donde enseñaran al paciente a conocer su enfermedad y actuar ante las primeras manifestaciones de complicación y si no resuelve acudir al médico. Ej. Debe conocer cuando comienza una crisis ulcerosa, y como controlarla, de no ser así visitar lo antes posible al médico.  El médico y enfermero de la familia tendrá en cuenta la dispensarización del paciente, decidiendo si es tributario o no ingreso domiciliario, de ser necesario, se realizará la visita domiciliaria y a partir de ella orientará todo lo pertinente según el caso lo necesite como es en el estadio final de una neoplasia maligna.  En relación al **Cáncer Gástrico**, se advierte al paciente que puede requerir de algunos meses para ingerir comidas normales, inicialmente recibirá alimentación Parenteral, por sonda, hasta llegar a comidas frecuentes y de escaso volumen. Son necesarios los períodos diarios de reposo, así como las consultas médicas. Se le explicará que durante la quimioterapia y radioterapia pueden ocurrir reacciones tales como: náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, etc.). La orientación nutricional se inicia en el hospital y se refuerza en el hogar, se debe aprender a registrar los ingresos y egresos diarios, el peso; además de cómo enfrentar el dolor, náuseas, vómitos, etc., reconocer las complicaciones y cuidar las heridas.  En relación a la **Colostomía** en el Cáncer de Colon, la familia debe estar informada sobre los cuidados que deben darse al estoma y los ajustes que tendrán que hacer en la vida diaria del paciente una vez que éste vuelva a la casa. Antes que el paciente salga del hospital hay que revisar con el y su familia el procedimiento de cuidar la colostomía. Se realiza una valoración nutricional completa. Se evitan alimentos que causan olor y gas excesivos (col, huevos, pescado frijoles, etc.). Si el paciente tiene diarrea o constipación hay que identificar el alimento que la produce y establecer medidas.  En relación a la **Hemorroides**, mantener zona perianeal bien limpia, lavándose con agua y jabón y secar con algodón abundante, no usar papel higiénico; evitar estreñimiento y diarreas; en la dieta aumentar líquidos y alimentos con residuos; se le recomienda ejercicios moderados; y se le orienta como se realizan los baños de asiento.  En relación a la **Hepatitis Viral**, el paciente y la familia deben estar preparados para los cuidados en el hogar por lo duradero de la convalecencia, debe orientarse que el reposo y una nutrición adecuada, dieta balanceada, hipograsa (preferiblemente aceite vegetal), el riesgo de contraer la enfermedad parientes y amigos (según el virus), se programan visitas al hogar para valorar evolución del paciente y se recomienda que eviten la ingestión de alcohol.  En relación a la **Colecistitis** y **Colelitiasis**, si el paciente es intervenido quirúrgicamente de estas afecciones, se debe tener en cuenta que al regresar al hogar puede hacerlo con el sistema de drenaje por lo que la familia y él necesitan orientación sobre los cuidados con el mismo, informar cambios en el volumen o características del líquido expulsado, debe informar la aparición de los siguientes síntomas: ictericia, coluria, acolia, prurito, inflamación, fiebre, dolor o aumento en las defecaciones (por el paso continuo de bilis por la unión coledocoduodenal, después de la colecistectomía)  En relación a la **Úlcera**, le explicará todo lo relacionado con los medicamentos: vía, dosis, frecuencia y no suspenderlos cuando mejora los síntomas; los alimentos que tienden a causar molestias: café, te, alcohol, cola, comidas condimentadas, a demás evitar excesos en comidas así como comer con regularidad y en ambiente relajado; la importancia de abandonar el mal hábito de fumar; la importancia de reposar periódicamente y disminuir el estrés; a enseñarlo a reconocer complicaciones por Ej.: Hemorragia, piel fría, confusión, taquicardia, disnea y sangre en heces. Perforación, dolor abdominal intenso, rigidez y sensibilidad a la presión del abdomen, vómito, hipertermia y taquicardia, obstrucción pilórica, náuseas, vómitos, distensión y dolor abdominal; que debe ser seguido por su medico durante 1 año que puede mejorarse y volver a reaparecer los síntomas que se tiene criterio de cirugía, la misma no garantiza la curación, además puede quedar con secuelas como intolerancia a algunos alimentos.  En relación a la **Cirrosis Hepática**, se brinda al paciente y familia orientación dietética, se la prohíbe el alcohol, si es necesario se remite a agrupaciones como, “Alcohólicos Anónimos”, o un Psiquiatra, la restricción de sodio se  continua por largo tiempo; se enfatiza en el reposo, cambos en el estilo de vida, se enseñan los síntomas de encefalopatía.  En relación a la **Gastritis**, le debe hablar sobre su enfermedad, se le orienta dieta blanda y se proporciona listado de sustancias que debe evitar: café, nicotina, alimentos condimentados irritantes o muy sazonados y alcohol. La farmacoterapia se cumplirá según indicación medica: Antibióticos. | | | | | | | | | | |
| **Examen físico.**  Aunque el enfermero utiliza las 4 técnicas básicas del examen físico (inspección, palpación, percusión y auscultación), en el examen del abdomen, la auscultación debe practicarse antes de la palpación y la percusión debido a que estas últimas pueden alterar los ruidos intestinales que se escuchen normalmente y crear una impresión falsa.  **Posición del paciente:** La más indicada es la posición supina, con las manos a los lados del cuerpo, si se coloca las manos debajo de la cabeza se produce contracción de los músculos abdominales y dificulta la palpación. El paciente debe estar relajado, y para ello colocaremos una pequeña almohada debajo de la cabeza y las rodillas. Para detectar una hernia o las protuberancias en la pared abdominal el paciente debe permanecer de pie, pues los órganos abdominales descienden por la gravedad y aumenta la presión sobre la masa, la hacen descender y permite detectarla con mayor facilidad. El paciente debe estar cubierto para respetar su pudor, darle comodidad y así practicar el examen con mayor facilidad.  **Puntos de referencia:** Son 7: hueco epigástrico de la punta del externón, margen costal, línea media que va del externón al hueso púbico, cresta ilíaca antero superior, cresta ilíaca antero inferior, margen superior del hueso púbico y sínfisis del pubis.  El abdomen se puede dividir en 4 o 9 áreas. En 4, divide el abdomen en cuadrantes: superior derecho e izquierdo y en inferior derecho e izquierdo. En 9, divide el abdomen en: hipocondrio, flanco y región inguinal derecha; epigástrio, región umbilical y suprapúbica; e hipocondrio, flanco y región inguinal izquierda.  **Inspección:** Se debe observar la presencia o ausencia de distensión abdominal, simetría y protuberancias en la línea media, cicatrices, deshidratación, trazado venoso y áreas de decoloración, posición y forma del ombligo, distribución del vello, movimientos respiratorios, contornos y pulsaciones abdominales, hernias, pigmentación y dolor(pedir al paciente que lo señale sin tocar la piel).  **Auscultación:** Se coloca el estetoscopio suavemente sobre el estómago, en cada cuadrante, y se escucha por varios minutos. Los ruidos se escuchan mejor 1 o 2 cm. por debajo y a la derecha del ombligo (intestino delgado), posteriormente se procede a auscultar el resto del abdomen, esto debe realizarse alejado de las comidas. Se pudiera encontrar, ausencia de ruidos por inhibición de la movilidad, como ocurre con la inflamación, la gangrena y el ilio paralítico; o un marcado aceleramiento de actividad, persistente con onda de de ruidos gorgoteantes y de campanilleo (borborigmos), como los que se presentan en las gastroenteritis o la diarrea.  **Palpación:** El enfermero debe colocarse al lado derecho del paciente y practicar la palpación con presión uniforme. Debe tener las manos tibias, para evitar tensión involuntaria en el abdomen, los dedos deben permanecer unidos, las uñas cortas y sin filo, para tomar medidas exactas se utilizará el centímetro. Se comienza con una palpación leve (se utiliza 1 sola mano), hundiendo apenas la piel para detectar áreas sensibles, apreciando los órganos blandos. Se continúa con una palpación moderada (se utiliza 1 sola mano), para detectar órganos dilatados o masas empleando para ello el borde de las manos y no los dedos para evitar que al hundirlos se provoque tensión involuntaria. Los órganos que mueven con la respiración, el hígado y el bazo, se palpan inicialmente con el esfuerzo respiratorio normal y después con respiración profunda. Se prosigue con la palpación profunda (se utilizan las 2 manos), para descubrir dolor y órganos no localizados con palpación suave o moderada, tales como los riñones. Esto le permite delinear la extensión de un órgano o una masa y medir sus dimensiones con las puntas de los dedos.  **Percusión:** Mediante la percusión se puede delinear órganos llenos de aire o estructuras sólidas, por los sonidos cambiantes. Normalmente, la nota de percusión sobre el abdomen es timpánica, excepto sobre el hígado, donde hay matidez. La percusión debe realizarse suave para distinguir la diferencias de densidad. Se coloca el dedo índice de la mano izquierda sobre la zona a palpar y con la falange distal del dedo índice de la mano derecha se golpea suavemente. Se comienza por la línea media axilar del borde de la pared toráxica izquierda, nota resonante sobre el pulmón. Por debajo del hemidiafragma, nota timpánica, debido al colon en la flexura esplénica. Se continúa por la línea media axilar derecha, el borde superior de matidez hepática se detecta sobre el 7mo espacio intercostal; después se percute hacia abajo, por el lado derecho del tórax y por ultimo se percute para detectar la presencia o ausencia de ascitis. | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |