

## **DIGESTIVO: Generalidades**

### **Valoración del enfermo con trastornos del tubo digestivo:**

#### **... en la historia clínica:**

- **Dolor:** *el 80% de los enfermos que acuden a los centros sanitarios es por dolor. Tenemos que preguntar cómo, dónde, calidad, si es fijo o se irradia a otras partes, qué lo desencadena y qué lo calma.*  
*\*Anotar palabras textuales del enfermo.*
- **Indigestión:** *qué tal digiere los alimentos, problemas con determinados alimentos o condimentos, alergias, flatulencias, ...*
- **Dificultades para tragar o masticar:** *si falta dentición, si hay dolor, ...*
- **Náuseas, vómitos o regurgitaciones:** *frecuencia, si van asociados a algo (como a la migraña, por ejemplo), ...*
- **Dieta habitual:** *“qué comió ayer”. “qué come usted en un día normal” (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, picar entre horas...)*
- **Problemas digestivos previos:** *enfermedades crónicas, operaciones...*
- **Ritmo de evacuación intestinal:** *frecuencia y tipo, consistencia, si hay dolor...*

*\* Sobretudo, preguntar al final: “¿Hay algo que usted quiera decir y que no le haya preguntado?”*

#### **... en la exploración física:**

*(Siempre en este orden)*

*\* Recordar que el paciente siempre debe miccionar antes de la exploración.*

##### **1. Observación: actitud activa**

El paciente debe estar en decúbito supino, con la cabeza apoyada, rodillas flexionadas (puede poner un cojín debajo de éstas), temperatura agradable y buena iluminación.

¿Qué observar?

- Forma y simetría del abdomen: *plano, globuloso, distendido, regular...*
- Estado de la piel: *estrías, cicatrices, eccemas, hidratación de la piel...*
- Bultos o masas visibles (*suele indicar obstrucción intestinal*).
- Pulsaciones aórticas visibles.

##### **2. Auscultación: ruidos intestinales.**

- Auscultar en dirección de las agujas del reloj, de manera ordenada.
- Calentar la membrana del estetoscopio.
- Empezar por el cuadrante izquierdo. Si los ruidos son normales no hace falta pasar a los demás.

*Valores normales entre 5 y 30 (si no, hiperperistaltismo o hipoperistaltismo).*

### 3. **Percusión:**

Con la segunda falange del dedo de la mano dominante en la punta del otro.

*\* Sólo un dedo! (si no, se amortigua el ruido)*

Tipos de ruidos:

- **Mate:** significa que debajo hay una estructura maciza (como el hígado o el bazo).
- **Timpánico:** aire

### 4. **Palpación:**

Se realiza con la mano dominante, con las puntas de los dedos para palpar el tamaño, la forma..., de las estructuras subyacentes.

Tipos:

- **Superficial:** haciendo fuerza con una mano.
- **Profunda:** con las dos manos.

*\* Dejar el cuadrante (o cuadrantes) dolorosos para el final.*

## **Soporte nutricional**

Administración de fórmulas alimentarias a través de sondas o por vía intravenosa para restaurar la función nutricional.

- **Vía enteral:** a través de sondas. Es más segura y fisiológica que la parenteral y es más económica. Crea menos dependencia.

*\* Vía limpia*

- **Vía parenteral** o intravenosa: es más cara.

*\* Vía estéril.*

## **Nutrición enteral:**

### **Composición:**

Dieta nutricionalmente equilibrada y de consistencia líquida. Puede ser a base de:

- Alimentos convencionales triturados con mucho líquido. Cuesta hacerlas equilibradas.
- Preparados o fórmulas comerciales: muy caras pero muy equilibradas. Se adaptan a la dieta de las personas con diabetes, dietas bajas en sal...

Como son muy líquidas, es más difícil que se pueda obstruir la sonda.

**Indicaciones:**

Personas que no pueden o no deben ingerir alimentos en cantidad o calidad necesaria y suficiente pero que mantienen la capacidad para digerir o absorber.

*\* No pueden comer pero el tubo digestivo les funciona.*

**Contraindicaciones:**

- Disminución severa de la motilidad gastrointestinal.
- Pancreatitis aguda (para que el páncreas esté en reposo y no sea estimulado).
- Fístulas enterales de débito > de 500ml/día.
- Vómitos o diarreas severas.
- Resección del intestino delgado del 70% o superior.

**Vías de administración y tipos de sondas:**

- **Vía intragástrica:** dentro del estómago.  
Es la más fisiológica, ya que se aprovechan todas las enzimas, excepto la saliva, del tubo digestivo. El ácido clorhídrico del estómago, a su vez, elimina los microorganismos.  
Hay más probabilidad de reflujo y broncoaspiración, ya que el pílor está abierto (sobre todo con la sonda nasogástrica).

Tipos de sondas utilizadas:

- **Nasogástricas:** la sonda va desde la nariz hasta el estómago.
  - **Gastrostomía:** se inserta en el estómago una sonda a través de una incisión en el abdomen.
- **Vía transpilórica:** las sondas atraviesan el estómago y el pílor. Obvian el estómago (y por lo tanto las secreciones provenientes del páncreas, del hígado, del mismo estómago y la saliva) por lo que son menos fisiológicas.

Tipos de sondas indicadas para esta vía:

- **Nasointestinal:** de la nariz hasta el intestino.  
Para la colocación de estas sondas se calcula la longitud de más y se introduce, quedando toda enrollada en el estómago. Con los movimientos peristálticos del estómago, ésta va pasando hacia el intestino.  
Más difícil la broncoaspiración y el reflujo.
- **Duodenostomía:** se inserta en el duodeno a través de una incisión en el abdomen.
- **Yeyunostomía:** se inserta en el yeyuno a través de una incisión en el abdomen.

### **Métodos de administración:**

- **Intermitente:** en el caso de la vía intragástrica.  
*\* Por jeringa.*
- **Continua:** en el caso de la vía transpilórica. Es una alimentación continuada y de ritmo pausado, ya que en el intestino no hay reservorio como en el estómago.  
*\* Con bomba o por gravedad.*

### **Complicaciones potenciales:**

*Son complicaciones derivadas de una técnica quirúrgica, de una prueba diagnóstica o de la misma enfermedad. Reproducibles en todos los enfermos, todas tienen pruebas de control y prevención:*

#### **Gastrointestinales:**

- **Diarrea:** puede ser causada por contaminación bacteiana por la manipulación incorrecta, porque se ha introducido demasiado rápido el alimento o porque la temperatura no es la adecuada.
- **Dolor abdominal:** por velocidad de perfusión inadecuada (demasiado alta). La solución sería una velocidad más lenta.
- **Distensión abdominal, náuseas o vómitos:** parar perfusión.  
*\* El abdomen estará tenso, timpánico.*

#### **Respiratorias:**

- **Broncoaspiración:** y como consecuencia, neumonías, tos recurrente, etc.

#### **Mecánicas:**

- **Obstrucción de la sonda:** *si los alimentos son espesos o la sonda es fina, hay más probabilidades de obstrucción.*

#### **Metabólicas:**

- **Desequilibrios hidroelectrolíticos:** la fórmula administrada no es la adecuada para el paciente.
- **Hiper o hipoglucemia.**

*\* La alimentación, ya sea parenteral o enteral, la debemos introducir de manera gradual, sobretodo para evitar roblemas metabólicos.*

### **Actividades enfermeras de prevención y control (generales).**

- Posición: de Fowler o Semi-Fowler, ya que acostado hay más posibilidades de broncoaspiración.  
*\*Sentado una hora después de cada administración para que la fórmula baje al intestino.*
- Control de permeabilidad y de ubicación de la sonda para saber que está en el estómago (o donde sea).
- Usar una técnica limpia: mucho cuidado para evitar la proliferación bacteriana.
- Iniciar y suspender gradualmente para mejorar la adaptación.
- Control del aspecto y la fecha de caducidad del preparado.
- Administrar a temperatura ambiente.
- Evitar la entrada de aire en la sonda.
- Limpieza de la sonda:
  - 30 ml de agua tibia (del grifo) para limpiar los restos de alimentos en caso de administración intermitente. En continua, antes de desconectar y al cambiar o rellenar los alimentos.
  - Una vez por semana: inyectar 5 ml de Coca-cola, pinzar, destapar y limpiar con agua.
- Control y regulación del ritmo deposicional: cada dos días aproximadamente.  
*Aunque la dieta sea líquida, el paciente también defeca, aunque las heces tienen una consistencia un poco más blanda. El color es normal. Si el paciente sufre...*
  - *Diarrea: dar agua de zanahoria o de te (1 bolsita de te en un litro de agua). Nunca dar agua de arroz, que aunque tenga propiedades astringentes, puede estropear la sonda por su consistencia gelatinosa)*
  - *Estreñimiento: aumentar el volumen de líquidos..*
- Control ponderal periódico (una o dos veces por semana) el peso. Si no es posible, medir el pliegue cutáneo.
- Análisis de sangre y orina regulares, según protocolo.

### **Actividades enfermeras adicionales de prevención y control**

#### **Administración por gravedad:**

- Ritmo de administración constante.
- Evitar la entrada de aire en la sonda.
- Al finalizar, limpiar la sonda, taparla y fijarla hasta la próxima toma.

#### **Administración continua:**

- Controlar el ritmo de goteo (administración con bomba).

- Duración de la perfusión de la sonda: una bolsa no puede estar colgada más de un día.
- Al cambiar la bolsa, al añadir más fórmula o finalizar la administración, limpiar la sonda.

### **Gastrostomía, duodenostomía o yeyunostomía:**

- Vigilancia de la piel circundante.
- Fijación y manipulación cuidadosa.

### **Nutrición parenteral total:**

*Administración de una solución hipertónica nutritiva por vía endovenosa mediante un catéter cuya punta se encuentra en la vena cava superior.*

#### **Composición:**

Hidratos de carbono, lípidos, hidrolizados de proteínas, electrolitos (Na, K, Cl, Mg, Ca, P...), oligoelementos (Zn, Cu, Cr, Mn, Se, I, Mo...) y vitaminas.

#### **Indicaciones:**

- Dificultad o incapacidad para ingerir o absorber los alimentos.
- Trastornos graves de la motilidad o la absorción.
- Vómitos o diarreas severas.
- Necesidad de reposo del tracto gastrointestinal.
- Cuando se anticipa incapacidad para la nutrición enteral durante una semana o más.

#### **Vías de inserción del catéter:**

- Subclavia (por punción directa a la vena).
- Vena periférica.
- Catéter venoso central de Hickman.

#### **Complicaciones potenciales:**

- Relacionadas con el catéter venoso central:
  - Sepsis: infección generalizada por mala manipulación o por contaminación. Puede ser fúngica o bacteriana.
- Relacionadas con la punción subclavia (punción en el vértice superior pleural):
  - Pneumotórax: aire en la cavidad pleural.
  - Hemotórax: sangre en la cavidad pleural.
- Relacionado con los catéteres en general:
  - Embolia gaseosa
  - Trombosis en la vena

- Relacionado con la fórmula:
  - Sobrecarga circulatoria.
  - Desequilibrio electrolítico.
  - Hiper o hipoglucemia (el páncreas puede no estar estimulado).
    - \* Hiperglucemia: se aumentan las calorías
    - \* Hipoglucemia: se reducen drásticamente las calorías.

### **Actividades enfermeras de prevención y control**

- Comprobaciones antes de iniciar la administración de que el catéter está en la vena cava (Radiografía)
  - \* Primero administrar suero fisiológico (que si da al cerebro no pasa “gran cosa”).
- Vía de uso exclusivo para la nutrición parenteral si es un catéter con varias luces o de una sola.
- **Estrictamente estéril**: protocolo de curas y cambio de apósito según el centro, normalmente tres veces por semana.
  - \* Guantes, mascarilla (profesional y enfermo), campo estéril...
- El equipo normalmente se cambia cuando se hace la cura. Para el cambio se pinza el catéter con una pinza atraumática.
  - \* Maniobra de Valsava: se para la circulación venosa por unos segundos. “Coja aire y haga como si hiciera de vientre”.
- Normas para el inicio y la supresión: tanto el ritmo de inicio como la supresión de la nutrición deben ser introducidos poco a poco, en volumen y calorías.
  - \* Para prevenir desequilibrios debemos hacer un balance de aportes y pérdidas.
- Duración de la perfusión de cada bolsa: máximo 24h colgada. Si no se ha acabado toda, pasado el tiempo, se tira y se pone bolsa nueva.
  - \* Apuntarlo debidamente en el registro, en el último caso.
- Velocidad de perfusión: ritmo constante con variaciones máximas de un 10%, para arriba o para abajo. Se debe profundir por bomba, nunca por gravedad!
  - \* Ejemplo: 100ml → 110 ml/90ml
- Control regular de:
  - Glicemia: inicialmente cada 4-6 horas. Los primeros días es posible que tengamos que poner insulina rápida en algunos pacientes porque el páncreas no se ha acostumbrado.
  - Peso.
  - Nivel de creatinina (nos dice cómo está la función renal), BUN (urea nitrogenada en sangre; nos dice cómo está la función hepática respecto a las proteínas) y electrolitos.
  - Temperatura: en ausencia de explicaciones, una elevada temperatura, puede indicar sepsis.
  - Cultivo de la punta del catéter al extraerlo: “se hace porque los bichitos son muy chivatos”. Hay gérmenes que sólo están en el quirófano, otros en las manos, otros en las vías respiratorias... así se

puede saber si ha habido mala gestión de curas o de la inserción del catéter.