

30  
26



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

## H E M A T E M E S I S

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION  
DE ENFERMERIA

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COORDINACION DE INVESTIGACION  
U. N. A. L. M. C.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A:

MARIA DE LOURDES LEON VALVERDE

CON LA ASESORIA DE LA MAESTRA:  
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## CONTENIDO

	PAGS.
INTRODUCCION .....	1
<b>1. <u>FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO EN ESTUDIO</u> .....</b>	<b>5</b>
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA .....	5
1.2 JERARQUIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES ....	6
1.3 UBICACION DEL CASO CLINICO EN AREAS DE LA ESPECIALIDAD .....	6
1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO CLINICO .....	6
1.5 OBJETIVOS .....	7
1.5.1 Objetivo General .....	7
1.5.2 Objetivos Específicos .....	8
<b>2. <u>MARCO TEORICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIICOSOCIALES</u> ...</b>	<b>9</b>
2.1 PROBLEMAS BIOLÓGICOS .....	9
2.1.1 Hematemesis .....	9
- Conceptos .....	9
- Aspectos anatomofisiológicos del aparato digestivo .....	10
- Organos del aparato digestivo .....	12
- Cavidad oral (boca) .....	12
- Deglución .....	13

- Esófago .....	14
- Estómago .....	15
- Intestino .....	18
- Varices Esofágicas .....	20
- Concepto .....	20
- Datos clínicos .....	23
- Patogenia .....	24
- Tratamiento .....	25
- Cuidados de Enfermería .....	28
2.1.2 Hipotensión .....	33
- Anatomía clínica del corazón .....	33
- Fisiología de la circulación .....	35
- Gasto cardíaco, resistencias perifé- ricas y presión arterial .....	41
- Tratamiento .....	49
- Cuidados de enfermería .....	49
2.1.3 Taquicardia .....	50
- Concepto .....	50
- Tratamiento .....	55
- Cuidados de Enfermería .....	55
2.2 PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	
2.2.1 Angustia .....	57
- Concepto .....	57
- Manifestaciones fisiológicas de la angustia .....	58

- Tratamiento .....	61
- Cuidados de Enfermería .....	61
2.2.2 Miedo .....	62
- Concepto .....	62
- Fobias .....	65
- Tratamiento .....	66
- Cuidados de Enfermería .....	67
2.3 PROBLEMAS SOCIOCULTURALES .....	68
2.3.1 Alcoholismo .....	68
- Concepto .....	68
- Aspectos psicológicos .....	69
- Aspecto médico .....	70
- Manifestaciones clínicas del al-	
coholismo .....	71
- Farmacología y Metabolismo del	
Alcoholismo .....	73
- Aspectos sociológicos .....	76
- Antropología social .....	76
- Tratamiento .....	82
- Cuidados de Enfermería .....	83
3. <u>METODOLOGIA DE TRABAJO</u> .....	84
3.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA .....	84
3.1.1 Diagnóstico Integral .....	84
3.1.2 Diagnóstico Biológico .....	84

3.1.3	Diagnóstico Psicológico .....	84
3.1.4	Diagnóstico Sociocultural .....	85
3.2	TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCION .....	85
3.2.1	El Tipo .....	85
3.2.2	El Diseño .....	85
3.3	TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS .....	86
3.3.1	La Observación .....	86
3.3.2	La Entrevista .....	86
3.3.3	Las Fichas de Trabajo .....	86
3.3.4	La Historia Clínica de Enfermería .....	86
3.4	PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	87
3.4.1	Problemas biológicos .....	87
	- Hematemesis .....	87
	- Fundamentación científica .....	87
	- Acciones de Enfermería .....	91
	- Fundamentación científica de las acciones .....	91
	- Realización de las acciones .....	96
	- Evaluación .....	96
	- Hipotensión .....	97
	- Fundamentación científica .....	97
	- Cuidados de Enfermería .....	99
	- Fundamentación científica de las acciones .....	99
	- Realización de las acciones .....	103
	- Evaluación .....	103

- Taquicardia .....	104
- Fundamentación científica .....	104
- Cuidados de Enfermería .....	105
- Fundamentación científica de las acciones .....	105
- Realización de las acciones .....	110
- Evaluación .....	110
<b>3.4.2 Problemas psicológicos .....</b>	
- Angustia .....	111
- Fundamentación científica .....	111
- Cuidados de Enfermería .....	113
- Fundamentación científica de las acciones .....	113
- Realización de las acciones .....	116
- Evaluación .....	116
- Miedo .....	117
- Fundamentación científica .....	117
- Cuidados de Enfermería .....	119
- Realización de las acciones .....	120
- Evaluación .....	120
<b>3.4.3 Problemas socioculturales .....</b>	
- Alcoholismo .....	121
- Fundamentación científica .....	121
- Cuidados de Enfermería .....	125
- Fundamentación científica de las	

acciones .....	125
- Realización de las acciones .....	128
- Evaluación .....	128
4. <u>VALORACION DE LA METODOLOGIA DE TRABAJO</u> .....	129
4.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA .....	129
4.2 TIPO Y DISEÑO .....	130
4.3 TECNICAS DE INVESTIGACION .....	130
4.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA .....	131
5. <u>EXTENSION AL HOGAR</u> .....	132
5.1 ASPECTOS DE PROMOCION A LA SALUD .....	132
5.2 ASPECTOS DE PROTECCION ESPECIFICA .....	137
5.3 ASPECTOS DE REHABILITACION .....	138
6. <u>CONCLUSIONES GENERALES</u> .....	140
6.1 DEL CASO ESTUDIADO .....	140
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u> .....	142
8. <u>APENDICE</u> .....	155
9. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> .....	162

## LISTA DE FIGURAS

		Pág.
FIGURA 1	APARATO DIGESTIVO	11
FIGURA 2	DIAGRAMA QUE MUESTRA LAS VARICES ESOFAGICAS Y SU TRATAMIENTO CON SONDA CON BALON DE COMPRESION.	19
FIGURA 3	EQUIPO PARA LA INSTALACION DE LA SONDA DE SENGS-TAKEN	29
FIGURA 4	MEDICION DE PRESIONES GASTRICAS Y ESOFAGICAS.	31
FIGURA 5	REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LA CIRCULACION	37
FIGURA 6	REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL VOLUMEN TOTAL DE SANGRE EN CADA PORCION DEL SISTEMA CIRCULATORIO	39
FIGURA 7	ESQUEMA DEL CENTRO VASOMOTOR Y SU CONTROL DEL SISTEMA CIRCULATORIO	52
FIGURA 8	INERVACION DE LA GRAN CIRCULACION	53

## INTRODUCCION

El presente Proceso de Atención de Enfermería es con base en un caso clínico de "Hematemesis" originada por un problema de várices esofágicas al Sr. R.R.R., que actualmente se encuentra hospitalizado en el Hospital General de Zona N° 8 San Angel, en el Servicio de Medicina Interna.

El Sr. R.R.R. tiene 60 años de edad y es originario del Estado de Guanajuato, actualmente radica en el D.F. en una zona urbanizada, cuenta con servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y económicamente pertenece a una clase social media baja.

La selección del caso es en virtud de la relevancia con que se presentan esta clase de problemas en nuestro medio, ocupando actualmente una de las principales urgencias en Hospitales de segundo nivel; llegando incluso a ocasionar la muerte o en último de los casos se tiene que trasladar a un tercer nivel para resolver las complicaciones que se presentan.

La hematemesis producida por un problema de sangrado gastrointestinal, plantea en la actualidad un diagnóstico difícil, aunque en los últimos años se han logrado avances importantes con el desarrollo de técnicas como la Endoscopia y la angiografía que permiten llegar a un diagnóstico preciso y específico.

Además de estas técnicas de diagnóstico se han desarrollado tratamientos quirúrgicos que son de gran utilidad para el tratamiento de esos pacientes.

La hemorragia o sangrado gastrointestinal de la parte alta del sistema digestivo, puede provenir del esófago, estómago o duodeno. Habitualmente se presenta con o sin hematemesis que puede ser en forma masiva y que requiere de un tratamiento rápido y oportuno.

El sangrado de tubo digestivo alto a menudo está asociado con lesión por úlcera péptica, cirrosis del hígado o esofagitis.

No obstante, "la hemorragia producida por várices esofágicas puede ser desde masiva hasta leve y recurrente. Habitualmente hay antecedentes del abuso del alcohol o de enfermedad hepática previa".<sup>1</sup>

La atención de enfermería a pacientes con sangrado gastrointestinal debe de ser constante, en la mayoría de los casos la enfermera permanece al lado del paciente, midiendo y registrando los signos vitales, administrando medicamentos antes de recurrir al taponamiento.<sup>2</sup>

-----  
<sup>1</sup> John A. Belint. Sangrado Gastrointestinal. Ed. El Manual Moderno, México, 1979. p. 13

<sup>2</sup> Lillian S. Brunner. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Interamericana, 2a. ed. México, 1974. p. 565

Tomando en cuenta la importancia y la incidencia de este padecimiento en nuestro medio, surge la inquietud del presente proceso de atención de enfermería, con el objetivo principal de proporcionar la atención requerida a estos pacientes en forma eficiente.

Los aspectos a tratar en este proceso se describen a continuación:

En el capítulo número 1 se describe la fundamentación del caso clínico con una descripción de la situación problema en sus tres áreas, desde el punto de vista biológico, psicológico y sociocultural, jerarquizando los problemas en orden de importancia. Se realiza una ubicación del problema por área de especialidad, su justificación del estudio y los objetivos que se pretenden.

En el capítulo 2 se menciona el Marco Teórico dando una explicación de los problemas Biopsicosociales detectados en el paciente y que pueden poner su vida en peligro, se inicia con el concepto del problema detectado, su tratamiento, aspectos anatomofisiológicos y los cuidados de enfermería.

En el capítulo 3 se elabora el diagnóstico de enfermería, la fundamentación de las acciones en cada uno de los problemas detectados en sus tres áreas: biológicas, psicológicas y socioculturales.

Se da a conocer la metodología de trabajo, el tipo y diseño del Plan de Atención y el Cronograma de Actividades.

En el capítulo 4, se realiza la valoración de la metodología del trabajo que nos permitirá constatar los resultados con lo planeado, si se cumplieron los objetivos o si hubo la necesidad de cambiar lo planeado, y cuáles fueron los resultados obtenidos.

En el capítulo 5, se hará referencia a la educación del paciente y de la familia sobre la salud y la prevención de nuevas enfermedades. Se proporcionará orientación sobre los grupos de alcohólicos anónimos para una mejor rehabilitación a la sociedad del paciente.

En el capítulo 6 se darán a conocer las conclusiones del problema, sus resultados a que se llegaron, el tratamiento aplicado, su respuesta y el logro de los objetivos.

En los capítulos 7, 8 y 9 se mencionan el glosario de términos, los anexos y la bibliografía consultada.

## 1. FUNDAMENTACION DEL CASO CLINICO

### 1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

Aquí se describen ampliamente los problemas del paciente en sus tres áreas. Biológicamente el Sr. R.R.R. presenta un problema de hematemesis originado por várices esofágicas, lo que fue diagnosticado tan pronto como el paciente estuvo en condiciones de que se le realizaran sus estudios de gabinete.

El familiar refiere que el paciente lleva más de diez días de presentar evacuaciones melénicas, motivo por el que es traído al servicio de Urgencias. Durante el interrogatorio directo el Sr. R.R.R., refiere haber presentado hace diez años hemorragia gastrointestinal, producidas por úlceras de stress posteriores a traumatismo, causadas por accidente automovilístico.

Actualmente el paciente presenta hematemesis, hipotensión y taquicardia, lo que es originado por la pérdida de sangre, que ocasiona un desequilibrio electrolítico.

En el área psicológica se observa que el paciente presenta angustia y miedo.

Dentro del área sociocultural, el paciente presenta el problema de alcoholismo crónico, que le ocasiona rechazo de la familia.

Por la observación de las relaciones familiares se detecta que el paciente siente que es una carga para los suyos, por no estar produciendo económicamente.

## 1.2 JERARQUIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES

### 1.2.1 Problemas biológicos

- Hematemesis
- Hipotensión
- Taquicardia

### 1.2.2 Problemas psicológicos

- Angustia
- Miedo

### 1.2.3 Problemas socioculturales

- Alcoholismo

## 1.3 UBICACION DEL CASO CLINICO EN AREAS DE ESPECIALIDAD

La hematemesis producida por problemas de sangrado gastrointestinal, pertenece al área de Medicina Interna y a la especialidad de Gastroenterología.

## 1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO CLINICO

Dentro del mayor número de urgencias que se presentan al servicio de Urgencias del H.G.Z. Nº 8 San Angel, pertenecen a pacientes con sangrado gastrointestinal de tubo digestivo alto con antecedentes de alcoholismo crónico.

Por tal motivo, se realizó un estudio de estos pacientes en el Hospital del Centro Médico La Raza en el año de 1980, ya que las complicaciones llegaban hasta el tercer nivel de atención, lo que inquietó al equipo de salud del I.M.S.S.<sup>3</sup> y se instituyó un programa de atención para este tipo de pacientes, coordinando todos los departamentos clínicos, quirúrgicos y de estudios de gabinete que de una o de otra manera intervienen en el manejo de pacientes con hemorragia. Este estudio tuvo como objetivo el diagnóstico y tratamiento oportuno del enfermo durante las 24 horas del día. Y es el motivo por el que Enfermería tiene gran responsabilidad en la aplicación del tratamiento y en el éxito del mismo. Por lo anterior, es conveniente que la enfermera esté consciente y lo mejor preparada posible para poder coadyuvar eficientemente con el equipo de salud en el tratamiento de pacientes con hemorragia gastrointestinal. (Hematemesis).

## 1.5 OBJETIVOS

### - Objetivo General

Brindar atención de enfermería al paciente con problemas de sangrado gastrointestinal, mediante la atención eficiente y oportuna al paciente, detener la hemorragia mediante el tapo namiento, aplicación de medicamentos, observación y registro

-----  
<sup>3</sup>Díaz L. Agustín. Sangrado de Tubo Digestivo. Hospital de Especialidades del C.M. La Raza. Editorial I.M.S.S. México, 1980. p. 5

de signos vitales, instalación de oxígeno, calmar al paciente y familiares disminuyendo su angustia mediante el diálogo.

- Objetivos Específicos

- Proporcionar atención de enfermería durante la hematemesis tratando de cohibir la hemorragia mediante el seguimiento del tratamiento médico con eficiencia.
- Dialogar con el paciente para disminuir su angustia y miedo, explicando cada procedimiento que se le va a efectuar y solicitando su colaboración en el tratamiento.
- Sensibilizar a la familia para que acepten al enfermo, lo ayuden y así poder integrarlo lo más pronto posible a su medio ambiente.

## 2. MARCO TEORICO DE LOS PROBLEMAS BIOPSIICOSOCIALES

### 2.1 PROBLEMAS BIOLOGICOS

#### 2.1.1 Hematemesis

##### Conceptos.

Furt, Isselgacher y Raymond S. Koff la definen como vómito de sangre (4). Para Avery Jones y Gummer Leonard la hematemesis es el vómito de sangre fresca producida por una hemorragia del tubo gastrintestinal (5). Sin embargo, para John A. Balint, I. James S. y Martín D. Fried la hematemesis es la hemorragia gastrointestinal que puede originarse en cualquier parte del sistema digestivo; se dice sangrado de tubo digestivo alto cuando previene del esófago, estómago y duodeno. El sangrado de tubo digestivo bajo se manifiesta por el sangrado rectal (sangre fresca).

"El sangrado gastrointestinal puede ser masivo, evidente u oculto. El sangrado masivo puede definirse como en cantidad o en función, la presencia de signos de compromiso circulatorio indica pérdida masiva de sangre, estos signos incluyen hipotensión, vasoconstricción periférica y oliguria"(6).

-----  
 (4) George W. Thorn y Raymond D. Adams, Medicina Interna Harrison, Vol. 1 (5a. ed), México, La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1982, p. 254

(5) Jones Avery, Lennard G. Gastroenterología Clínica (2a. ed) México, Ed. Interamericana, 1971, p. 419.

(6) John A. Balint I. James S. Martin D. Fried, Sangrado Gastrointestinal, México, Ed. El Manual Moderno, 1979, p. 3

La hematemesis ya definida como sangrado gastrointestinal, se menciona a continuación en sus aspectos anatomofisiológicos.

#### Aspectos anatomofisiológicos del aparato digestivo.

Los órganos del aparato digestivo forman un tubo que se extiende a todo lo largo de las cavidades ventrales del cuerpo, se extiende a partir de la boca hasta el recto. Está formado por los siguientes órganos: boca, faringe, esófago, estómago e intestino (ver figura No. 1). Las paredes de los órganos están compuestas por cuatro capas de tejido: revestimiento mucoso, túnica submucosa de tejido conectivo, túnica muscular y túnica fibrosa.

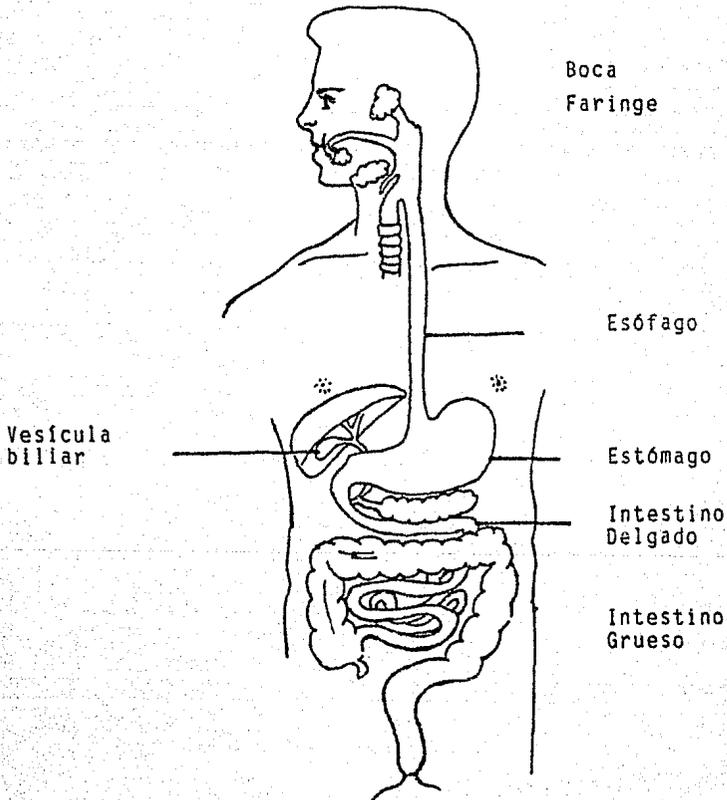
La estructura de las cuatro túnicas varía en los distintos órganos.

Las paredes tractodigestivas desde el esófago hasta el canal anal, poseen básicamente las mismas capas de tejido; las cuatro túnicas o recubrimiento de dentro hacia afuera, son: la mucosa, la submucosa, la capa muscular y la serosa o adventicia.

La túnica mucosa, que es el recubrimiento interno del tubo digestivo, es una mucosa unida a una delgada capa de músculo visceral.

FIGURA No. 1

APARATO DIGESTIVO



FUENTE: Jeannette Watson E. Enfermería Médico Quirúrgica.  
Ed. Interamericana. 1a. ed. México, 1978. p. 269

La túnica submucosa es una capa de tejido conectivo laxo que une a la túnica mucosa con la túnica muscular, es una capa muy vascularizada.

La túnica muscular de boca, faringe y esófago consiste, en parte, en músculo esquelética mediante el cual se lleva a cabo la deglución. voluntaria. La túnica serosa es la capa más externa del tubo digestivo, y es una membrana compuesta de tejido conectivo y epitelio, también se le denomina peritoneo visceral.

#### Organos del aparato digestivo.

##### Cavidad oral (boca)

La cavidad oral está formada por los carrillos, los paladares blando y duro, y la lengua; la cavidad oral propiamente dicha es la que se extiende por dentro del vestíbulo hasta las fauces, que es la abertura entre la cavidad bucal y la faringe o garganta.

El paladar duro es la porción anterior del techo de la boca. El paladar blando es la porción posterior del techo de la boca. La úvula es una prolongación blanda de forma cónica que cuelga en la línea media del borde inferior del paladar blando. La lengua y los músculos con ella vinculados forman el suelo de la cavidad bucal. Es un órgano compuesto de músculo esquelético y recubierto por mucosa. Los movimientos de la

lengua participan en las actividades de la masticación y deglución.

La mucosa que recubre la cavidad oral incluye numerosas glándulas pequeñas llamadas glándulas salivales menores y glándulas salivales mayores.

La saliva es el líquido secretado por las glándulas salivales y constituye un medio para la disolución de los alimentos, de modo que se perciba su sabor y tengan lugar las reacciones digestivas.

Los dientes están alojados en cavidades denominadas alveolos dentales de la porción alveolar de la maxila y la mandíbula. Los dientes están admirablemente dispuestos para masticar ; los anteriores (incisivos) permiten una acción de corte, y los posteriores (molares) una acción de molienda.(7)

### Deglución

Se trata de un mecanismo complicado, es el paso de los alimentos desde la cavidad oral hasta el estómago, La faringe es en lugar de paso de los alimentos por algunos segundos , ya que ésta se emplea casi todo el tiempo en otras funciones. Tan pronto como el bolo alimenticio llega a la porción oral de la faringe, se inicia la etapa involuntaria o faríngea de la deglución, durante la cual se cierran las vías respiratorias y se interrumpe en forma momentánea la respiración. El bolo entra al esófago en un segundo, después de lo cual se

(7) Tortora J. Gerard. Anakngstakos P. Nicholas. Principios en Anatomía y Fisiología. 3ª. ed. Ed. Harla. México, 1984. pp. 728/738

abre nuevamente las vías respiratorias y se reanuda la respiración.

### Esófago

"El esófago es el tercer órgano que participa en la deglución, es un tubo muscular susceptible de estrechamiento situado por detrás de la tráquea. Su longitud varía de 23 a 25 cm. y es un conducto que se inicia en el extremo inferior de la porción nasal de la faringe, atraviesa el mediastino por delante de la columna vertebral, perfora el diafragma en una abertura a la que se conoce como hiato esofágico, y termina en la porción superior del estómago.

La túnica mucosa del esófago consiste en epitelio escamoso estratificado y no queratinizado. La túnica submucosa incluye tejido conectivo y vasos sanguíneos, y la túnica muscular del tercio superior del esófago está compuesta por fibras es triadas; la del tercio medio, por fibras l i s a s y la del tercio inferior por fibras l i s a s. La capa externa del esófago recibe el nombre de túnica adventicia, ya que es una capa que no contiene membrana serosa.

El esófago no produce enzimas digestivas ni lleva a cabo fun ciones de absorción, su función principal es conducir los alimentos de faringe a estómago; sus movimientos se encuen - tran coordinados para este fin.

En condiciones normales el esófago presenta dos tipos de movimientos coordinados peristálticos; los peristaltismos primario y secundario. Estos movimientos dan como resultado la fuerza para desplazar el bolo alimenticio al estómago, contribuyendo en este desplazamiento la secreción de moco del esófago.

El esfínter gastroesofágico se encuentra en el extremo inferior del esófago, a unos cinco cm. por encima de su unión con el estómago. Anatómicamente este esfínter no difiere del resto del esófago, pero fisiológicamente se halla en constricción tónica, en contraste con la parte media del esófago, que normalmente está relajado, facilitando el paso del bolo al estómago, mientras que el diafragma realiza un movimiento contra este último durante la respiración, ejerce presión sobre el estómago e impide la regurgitación de los alimentos que llegan a dicho órgano, es decir, su regreso al esófago." (8)

### Estómago

"El estómago está localizado en la parte más elevada (hacia el centro y la izquierda) de la cavidad abdominal, por debajo de la cúpula diafragmática izquierda que lo separa del pulmón izquierdo suprayacente y por encima del colon transversal que lo bordean por su parte inferior, tiene forma de cornamusa: sus dimensiones medias en el hombre adulto sano son de 27-30 cm. de longitud (desde el cardias, orificio que separa el estómago y la primera porción del intestino delgado llama

(8) Ibid., p. 742

do duodeno), de 12 a 14 cm. de anchura y de 8 a 10 cm. de espesor o profundidad anteroposterior; tiene una capacidad media (sin distender las paredes) de unos 1500 c.c. (o sea un litro y medio).

Desde el punto de vista descriptivo, en el estómago se distinguen tres partes: fondo, cuerpo y conducto pilórico; dos orificios; el superior llamado cardias, que lo comunica con el esófago; el inferior, llamado piloro, que lo comunica con el duodeno, dos caras o superficies; el superior llamada pequeña curvatura y la inferior llamada gran curvatura. Las paredes del estómago están formadas por cuatro capas:

1º La mucosa, membrana que tapiza el contorno de la cavidad gástrica.

2º La submucosa, llamada así porque está situada debajo de la mucosa, o sea, por fuera de la misma, está constituida por un tejido conectivo elástico; tiene gran riqueza en vasos sanguineos, linfáticos y nervios.

3º La muscular, formada por fibras musculares lisas, de las que las más externas son longitudinales o verticales, las medias están dispuestas en sentido circular y las más internas en sentido oblicuo. Los movimientos peristálticos del estómago se deben a la contracción de estas fibras.

4º La serosa, constituye la capa parietal más externa, for-

mada por el revestimiento peritoneal."(9)

Los movimientos peristálticos del estómago deempeñan una función de mezcla, tienen como resultado la maceración de los alimentos, su mezcla con las secreciones de las glándulas digestivas, y su transformación final en un líquido espeso, al que se denomina quimo. En el fondo del estómago son pocas estas ondas, ya que se trata más bien de un área de almacenamiento; los alimentos suelen permanecer en el fondo durante una hora o más sin mezclarse con el jugo gástrico.

La principal actividad química del estómago es la de iniciar la digestión de las proteínas.

"El vaciamiento del estómago está controlado en grado moderado por factores gástricos, como la repleción del estómago y la actividad del peristaltismo gástrico. Pero el control más importante del vaciamiento gástrico probablemente depende de señales de retroalimentación desde el duodeno, incluyendo especialmente el reflejo enterogástrico y, en menor grado, la retroalimentación hormonal. Estas dos señales de retroalimentación trabajan juntas para disminuir el ritmo de vaciamiento cuando: a) ya hay demasiado líquido en el intestino delgado, o b) el quimo es excesivamente ácido, contiene demasiada proteína o grasa, es hipotónico o hipertónico o resulta irri-

-----  
 (9) Luigi Segatore, Diccionario médico. (2a. ed.) Barcelona, Ed. Teide, sin fecha. p. 454-455

tante. En esta forma, el ritmo de vaciamiento del estómago queda limitado a la cantidad de quimo que pueda elaborar el intestino delgado." (10)

### Intestino

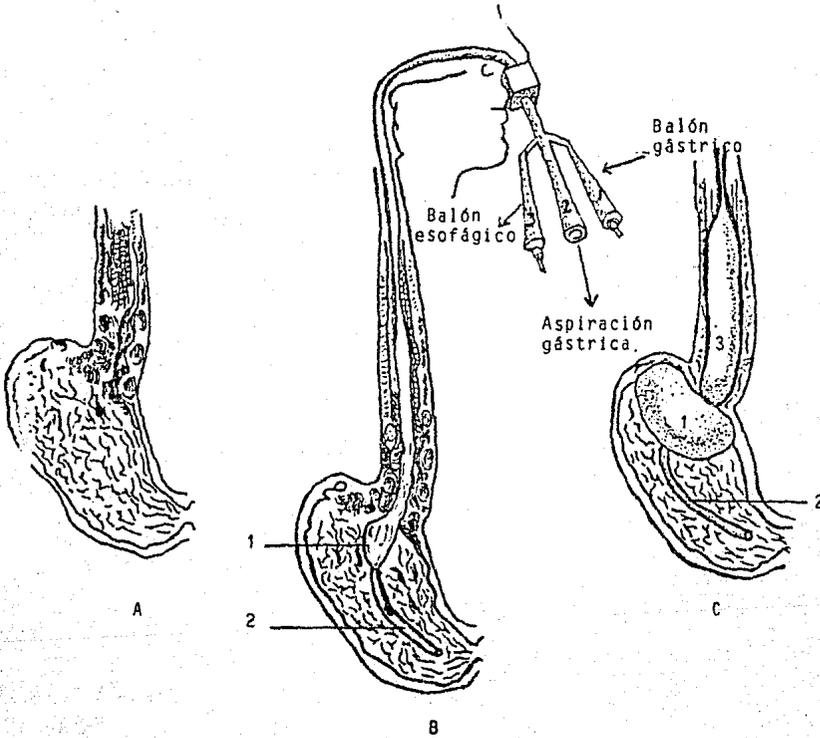
"Es la última porción del tubo digestivo que se extiende desde la salida del estómago hasta el ano; se divide en dos partes fundamentales: el intestino delgado, que tiene una función digestiva y de absorción de los alimentos ingeridos, y el intestino grueso, que expulsa la materia fecal (también absorbe el agua, concentrando las heces).

El intestino delgado se divide a su vez en duodeno, yeyuno e íleon; el grueso, el ciego, colón y recto. En conjunto el intestino tiene una longitud de 8 m. y está plegado formando unas asas; está incluido en la membrana peritoneal situado en el interior de la cavidad abdominal. El contenido intestinal va progresando lentamente hacia el ano mediante una serie de movimientos fisiológicos de las paredes intestinales, que se denominan movimientos peristálticos, segmentarios y pendulares, estos movimientos son posibles por la existencia en las paredes del intestino de una serie de fibras musculares lisas; unas son externas y de curso longitudinal, y otras internas y de curso circular o concéntrico (las paredes del

(10) Arthur C. Gayton, Tratado de Fisiología Médica, (5a ed) México, Ed. Interamericana, 1977 p. 856

FIGURA No. 2

DIAGRAMA QUE MUESTRA LAS VARICES ESOFAGICAS Y SU TRATAMIENTO CON SONDA CON BALON DE COMPRESION (SENGSTAKEN-BLAKEMORE).



A, Venas dilatadas en el esófago inferior. B, la sonda está en el estómago y en el esófago inferior pero no se infla. C, Inflado de la sonda y compresión de las venas que puede obtenerse al inflar el balón.

FUENTE: Lilian Brunner. Enfermería Práctica. Ed. Interamericana. 1a. ed. México, 1971.p. 305

intestino delgado consisten en las mismas cuatro tónicas, o capas que componen la mayor parte del tubo digestivo). Sin embargo, la mucosa y la submucosa presentan modificaciones que permiten al intestino delgado complementar prácticamente los procesos de la digestión y absorción.

La submucosa del duodeno incluyen las glándulas duodenales (glándulas de Brummer), que secreta el moco alcalino para proteger las paredes del intestino delgado contra la acción de las enzimas y neutralizar la acidez del quimo (11).

### Varices Esofágicas

Por referirse el presente estudio de caso a un proceso de atención de enfermería de un caso clínico de hematemesis producida por un problema de varices esofágicas, se tratará en este apartado, aspectos de la patología de este problema.

### Concepto

Varices.- Dilataciones venosas.

Las varices esofágicas aparecen por obstrucción del retorno de la sangre al sistema venoso general. "Son el trastorno circulatorio más importante del esófago: se desarrollan en el tercio inferior, también se presentan en el resto del órgano; macroscópicamente se observan en la mucosa, como cordo

(11) Cfr. Gerard J. Tortora-Nicholas P. Anagnostakos. Principios de Anatomía y Fisiología. (3a. ed) México, Ed. Har-la. 1981. pp. 758/761

nes dilatados, irregulares, infractuosos y oscuros, que siguen el eje mayor del conducto esofágico (ver figura #2 "A")

"El sitio del bloqueo portal puede ser en el hígado (tipo intrahepático consecutivo a cirrosis portal), o en la vena porta misma (tipo extrahepático).

Pueden ocurrir varices hemorrágicas sin obstrucción intrahepática o extrahepática de la vena porta; es decir, pueden ser por alteraciones funcionales o anatómicas de los vasos del aparato gastrointestinal, bazo e hígado que permiten un mayor caudal de sangre hacia la vena porta con aumento consiguiente de la presión. Con fundamento en un mecanismo semejante al anterior, la hipertensión portal puede resultar de fistulas arteriovenosas esplénicas. El aneurisma de la arteria hepática puede producir hipertensión portal y varices esofágicas hemorrágicas al comprimir la vena porta.

También se han observado varices esofágicas en la obstrucción de la vena cava superior por fibrosis.

Whipple considera que las venas espásticas son susceptibles al adelgazamiento, la dilatación y la formación de varices a causa de combinación de hipertensión portal y sostén acaso por los tejidos y órganos mediastínicos. También señala que las varices experimentan traumatismos por la contracción frecuente del esófago y la compresión y el paso del bolo alimenticio.

Otra causa de hemorragia esofágica se funda en el presupuesto de que la presión dentro de las varices basta para causar necrosis de pared vascular delgada y mucosa suprayacente - adelgazadas". (12)

En 25 por 100 aproximadamente, de pacientes de cirrosis hepática ocurre hematemesis, y el ataque inicial es mortal, sin embargo, en ocasiones recidiva durante largo tiempo.

La hematemesis a menudo precede al coma hepático. La presencia de sangre en aparato intestinal puede aumentar la concentración de amonio en la sangre.

En algunos casos la recidiva va seguida de disminución de las proteínas séricas y aparición de ascitis.

La hematemesis puede ir precedida de síntomas gastrointestinales de la índole de anorexia, náuseas matutinas, vómitos, meteorismo y en casos nada raros, diarrea.

En el diagnóstico diferencial entre varices esofágicas y úlcera péptica hemorrágicas es útil efectuar prueba de excreción de bromosulfaleína y estimación de la concentración de amoníaco en sangre. Estos exámenes han resultado menos útiles de lo que se esperaba en pacientes de hemorragia en porción superior del aparato digestivo concomitante con hiper-

-----  
 (12) Crf. Macbryde, Cyril Mitchell. Signos y Síntomas Fisiología Aplicada e Interpretación Clínica. (5a. ed.) México, 1978. p. 413/414

tensión portal porque en estas circunstancias suele haber retención excesiva de bromosulfadefina y aumento de la concentración sanguínea de amcnfaco, sea cual sea el origen de la hemorragia. Al comprobar varices esofágicas por examen radiológico esofagoscópico o flebografía portal, puede comprobarse el diagnóstico si cabe descartar esplenomegalia congestiva dependiente del bloqueo portal extrahepático o hepatoma.

### Datos Clínicos

El aspecto del paciente que se presenta con un sangrado del tubo digestivo alto varía considerablemente, dependiendo de la cantidad y de la rapidez de la pérdida sanguínea. Generalmente, el paciente busca tratamiento médico después de haber vomitado sangre o de haber presentado evacuaciones negras o melena.

El vómito puede ser rojo brillante o puede tener aspecto de pozos de café, debido a la digestión parcial de la sangre. El paciente cuyo sangrado es de la instalación rápida es más propenso a presentar postración, palidez, taquicardia, con pulso filiforme, diaforesis, sed, aprehensión y otros signos de pérdida aguda de sangre; mientras que el paciente con sangrado gradual lento, puede llegar a experimentar tan sólo debilidad, postración.

Este último tipo de paciente puede haberse percatado de la presencia de evacuaciones melénicas, pero ignora que esto manifiesta generalmente una pérdida de sangre.

La sangre digerida tiene un olor específico que puede ser notado en el aliento del paciente antes del inicio de la melena o de la primera expulsión de vómito. Este olor es cualitativamente el mismo de la melena, pero generalmente menos intenso.

### Patogenia

"El paciente que presenta un vómito de sangre generalmente se encuentra sangrando por una causa situada por arriba del ligamento de Treitz; en raras ocasiones, la peristálsis reversible es suficiente para ocasionar hematemesis si el sitio de sangrado se encuentra por debajo de esta área, estadísticamente el paciente con sangrado de tubo digestivo alto, es susceptible de presentar algún tipo de úlcera; sin embargo, pueden presentarse otras entidades sangrantes del tubo digestivo alto, tales como varices esofágicas.

Al ser examinado el paciente por primera vez, puede que no se determine inmediatamente la intensidad y la rapidez de la pérdida sanguínea, pero la presencia de un estado de choque o de hipotensión acompañada de taquicardia se traduce generalmente en una pérdida moderada de sangre (mayor de 450 y hasta 900 ml.)

El conocimiento de varios datos de la Historia Clínica del paciente pueden ayudar a determinar el origen probable del sangrado y del tratamiento definitivo. El paciente alcohólico

crónico es propenso a sangrar por varices esofágicas (13).

### Tratamiento

1.- Instalar inmediatamente una solución por vía intravenosa. A través de una aguja de gran calibre. La venoclisis puede mantenerse permeable con solución de lactato de Ringer o con solución glucosada al 5% o bien, con expansores del plasma o dextran, en tanto pueda determinarse el Grupo sanguíneo y se practique las pruebas cruzadas.

La administración de la transfusión sanguínea es determinada por la hipotensión y taquicardia, así como los resultados de la biometría hemática y del volumen sanguíneo.

2.- Control de signos vitales hasta su estabilización. La presencia de la hipotensión y de la taquicardia indica que continúa el sangrado o que existe una restitución inadecuada de líquidos y sangre. Debe determinarse la presión venosa central. Se administra oxígeno si el paciente se encuentra en estado de choque.

3.- Instalar sonda de Sengstaken-Blakemore.

"La sonda tiene tres vías, una de las cuales está conectada a un balón esofágico, otra a un balón gástrico y la tercera a orificios distales, que permitan la aspiración de secrecio-

(13) Cfr. Lennete Owens Burrell. Zeb L. Burrell. Cuidado Intensivo. (2a. ed.) México. Ed. Interamericana, 1976. p.p. 160-165

nes del estómago. (ver figura No. 2 "B").

Antes de instalar la sonda, los baloncitos deben ser probados para comprobar que no existen fugas de aire, debe disponerse de equipo de aspiración para que el paciente no aspire el contenido gástrico. Se coloca al paciente en posición semisentada o sentada. Antes de introducir la sonda, puede administrarse un antihistamínico, a causa de que produce somnolencia como efecto colateral. Se evita el uso de sedantes debido a que muchos son degradados en el hígado.

La sonda, bien lubricada con una solución hidrosoluble, generalmente es introducida a través de la nariz. La técnica para su inserción consiste en pedirle al paciente que degluta, con agua si es necesario, mientras la sonda simultáneamente es intrducida con suavidad hasta que entra al estómago, lo cual se determina con la aspiración que se obtenga por el extremo libre. Posteriormente, se inserta la sonda un poco más y el baloncito gástrico es inflado con 50 cm. de aire. Una vez que este balón se ha inflado, la sonda es retirada lentamente hasta que el balón gástrico queda ajustado contra el cardias, y posteriormente la sonda es conectada para aspiración. Este procedimiento puede ser suficiente para controlar el sangrado si las varices se encuentran situadas distalmente al cardias.

Si se continúa retirando sangre por la sonda, el balón esofágico es distendido con 35 a 40 cm. de aire, produciendo de esta manera tensión sobre las varices situadas en el esófago por

arriba del cardias.

Si el sangrado continúa después de que ambos balones han sido inflados, el balón gástrico es inflado aún más con 300 a 400 cm. de aire y se produce tracción para aumentar la presión (ver figura No. 2 "C").

El tubo intestinal debe ser esterilizado utilizando antibióticos no absorbibles, que evitan la degradación de proteínas por las bacterias intestinales.

Pueden administrarse laxantes periódicamente a través de esta sonda para prevenir la acumulación de algunos productos de la degradación de la sangre. La vitamina K también puede ser administrada para retroceder la prolongación del tiempo de protrombina.

Debido a que las varices esofágicas son ocasionadas por hipertensión portal debido a obstrucción del flujo sanguíneo de algún punto del sistema nervioso portal, la cirugía es encaminada a corregir esta obstrucción, por medio de una anastomosis portocava o esplenorenal para aliviar la hipertensión portal. Cuando la vena porta está obstruida se practica una esplenectomía. Posteriormente, la vena esplénica es anastomosada a la vena renal izquierda. (derivación esplenorenal), aliviando de esta manera la presión sobre la vena porta, debido a que cerca del 30 por 100 de la sangre proviene de la vena esplérica.

La atención quirúrgica es de criterio médico. (14)

Debe mantenerse una aspiración gástrica continua para mantener vacío el estómago y para remover las secreciones gástricas irritantes. La aspiración puede ser alternada con lavados de solución fisiológica salina helada, debido a que el frío hace que la sangre se coagule en el estómago y en la sonda.

4.- Llevar control estricto de líquidos con el objeto de observar si se está llevando una buena restitución de líquidos y sangre, de acuerdo a los egresos que presenta el paciente (vómitos, evacuaciones, orina, pérdidas insensibles, etc.) Una dosis excesiva de restitución de líquidos puede causar edema pulmonar, por lo que se debe establecer una relación de las cantidades ingresadas y egresadas a fin de disponer de un balance adecuado en todo momento.

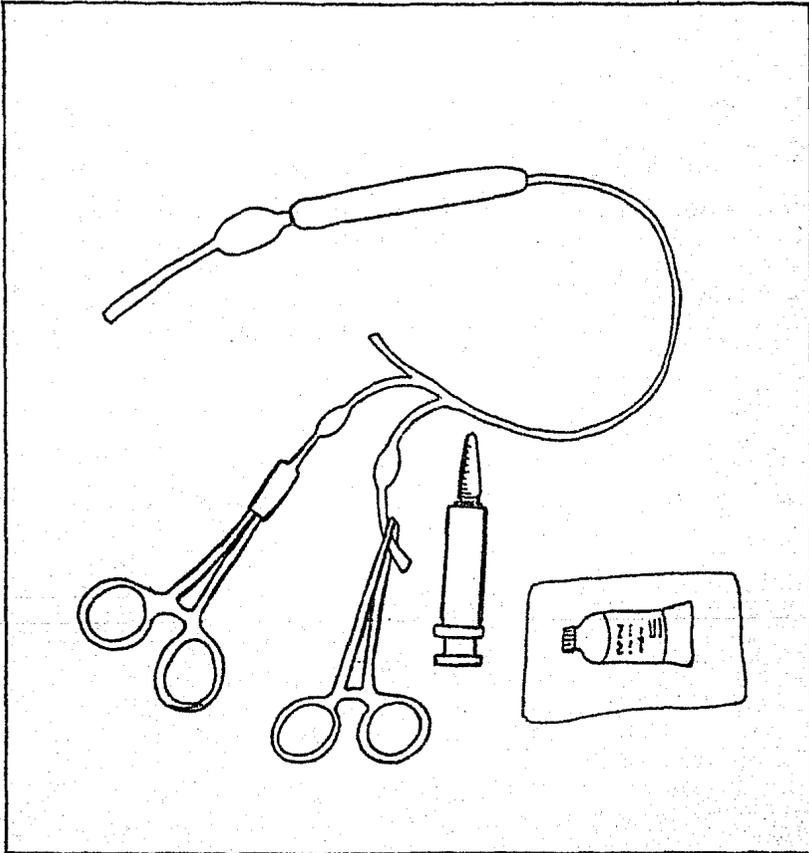
#### Cuidados de Enfermería

- 1.- Colocar al paciente en posición de semifowler.
- 2.- Tomar signos vitales.
- 3.- Canalizar una vena con catéter largo central.
- 4.- Ministrar soluciones indicadas por el médico.
- 5.- toma de muestras para laboratorio.
- 6.- Ministrar medicamentos por vía endovenosa.
- 7.- Preparar equipo para instalar sonda de Sengstaken-Blake-mcre. (ver figura No. 3)

(14) Ibid., p. 181

FIGURA No. 3

EQUIPO PARA LA INSTALACION DE LA Sonda DE SENGSTAKEN.

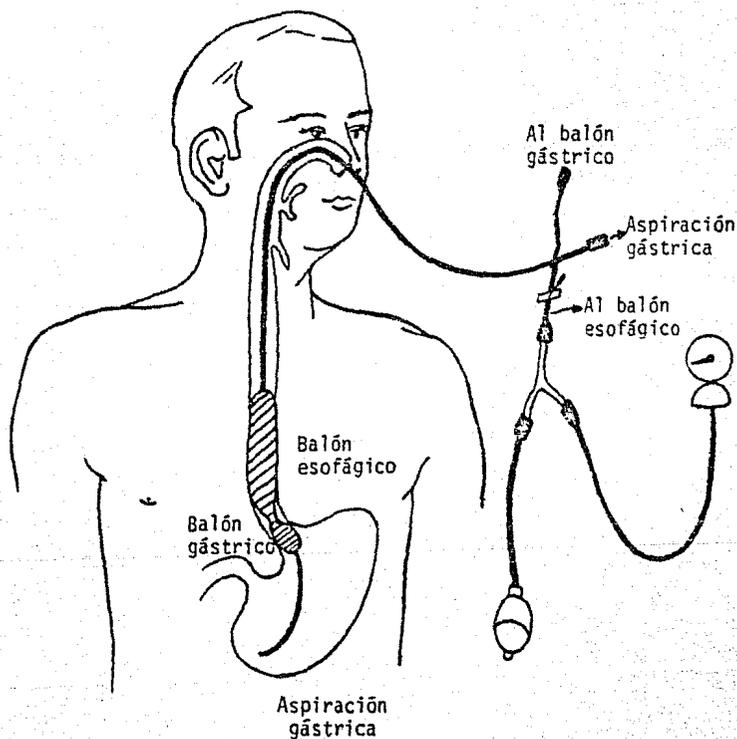


FUENTE: Peter Lawin. Cuidados Intensivos. Ed. Salvat. 2a. ed. México, 1975. p. 358

- 8.- Asistir al médico durante la instalación de la sonda.  
(procedimiento descrito en páginas anteriores).
- 9.- Instalar oxígeno al paciente.
- 10.- Llevar estricto control de líquidos.
- 11.- Colocar el baumanómetro y estetoscopio para el registro constante de la presión arterial.
- 12.- Tomar con igual frecuencia pulso, respiración y temperatura, o bien, se colocarán electrodos para monitorización.
- 13.- Registro de los signos vitales hasta su normalización.
- 14.- Efectuar lavados gástricos de acuerdo con la indicación médica.
- 15.- Mantener al paciente informado sobre cada uno de los -- procedimientos por efectuar con el objeto de disminuir su angustia y lograr una mayor colaboración de su parte hacia el tratamiento.
- 16.- Mantener la presión de los balones de la sonda. ( VER fi gura 4).
- 17.- Vigilar el drenaje de la sonda, en caso de que no haya drenaje: se revisará el trayecto de los tubos y sonda, para desalojar algún cuerpo obstructivo.
- 18.- Revisar el funcionamiento del aparato de succión.
- 19.- Reportar de inmediato al médico cuando en la sonda y - tubos se presente sangre color rojo brillante.
- 20.- Estar alerta ante el dolor que pueda presentar el pa - ciente.

FIGURA No. 4

## MEDICION DE PRESIONES GASTRICA Y ESOFAGICA



FUENTE: Dorothy W. Smith. Enfermería Medicoquirúrgica. Ed. Interamericana. 3a. ed. México, 1973. p. 785

- 21.- Irrigar la sonda de aspiración de acuerdo a la indicación médica.
- 22.- Ofrecer enjuague de boca al paciente con solución de agua salina tibia ya que ayuda a disminuir el dolor de garganta. (frecuentemente por la permanencia de la sonda)
- 23.- Mantener un ambiente tranquilo, sin ruidos, para disminuir la angustia del paciente, él que sin duda advierte que se encuentra en peligro. Cualquier comentario o bien diálogos no dirigidos a él podrán ser mal interpretados.

Los cuidados de Enfermería una vez identificado el problema son de gran importancia, ya que la oportuna participación de ella en cada uno de los procedimientos del tratamiento médico coadyudan a salvar la vida del paciente en el peor de los casos, o bien, evitan futuras complicaciones.

### 2.1.2 Hipotensión

"La hipotensión consiste en la disminución de la presión arterial por debajo de los valores normales. Puede ser transitoria o permanente; secundaria a diversas causas fisiológicas patológicas (hemorragias, shock, emociones, envenenamientos, fiebre alta, enfermedades infecciosas etc.).

Los síntomas consisten en sensación de profundo decaimiento, fatiga fácil, palpitaciones cardíacas, dificultad de la respiración y una serie de trastornos producidos por la irrigación insuficiente de la masa cerebral," etcétera. (15)

Con la finalidad de comprender mejor el concepto se mencionan a continuación en forma breve conocimientos básicos como la anatomía del corazón y la fisiología de la circulación.

#### Anatomía Clínica del Corazón.

"El corazón es una víscera hueca, situada en el tórax, en el mediastino medio apoyado sobre el diafragma. Su forma es cónica y su estructura hueca, se divide en cuatro cavidades; dos aurículas y dos ventrículos.

Comúnmente se le llama corazón izquierdo y corazón derecho.

El corazón derecho impulsa sangre venosa a la circulación arterial pulmonar de presión baja y el corazón izquierdo impulsa sangre arterial a la circulación arterial sistémica de presión elevada. Los dos están separados por dos tabiques

(15) Luigi Segatori, op. cit. p. 658

musculares llamados septum interauricular al que separa a las aurículas, y septum interventricular al que separa a los ventrículos." (16)

El aspecto externo del corazón es de un cono irregular con una base, un vértice romo y tres caras. a) La base, considerando su forma cónica, tiene localización postero superior - derecho. b) El ápex o punta del corazón corresponde al vértice del cono y está formado por el ventrículo izquierdo. c) La superficie que se apoya sobre el diafragma se denomina diafragmática y corresponde en su mayor parte, a superficie ventricular izquierdo. La cara anterior corresponde a la superficie ventricular derecha y septum, y la cara lateral a la superficie ventricular izquierda.

Por fuera se observa la limitación entre aurícula y ventrículo por una depresión llamada surco aurículo ventricular o coronario. La división entre ambos ventrículos se llama surco interventricular anterior y otro surco interventricular posterior ambos recorren a lo largo del eje mayor de los ventrículos por sus caras anterior y diafragmática respectivamente a partir del surco aurículo ventricular y se unen en el vértice.

El corazón tiene cuatro válvulas. Dos aurículo ventriculares que se comunican a las aurículas con los ventrículos. La válvula mitral comunica la aurícula izquierda con el ventrículo izquierdo y la válvula tricúspide comunica la

(16) C.r.f. J.F. Guadalajara. Cardiología la ed. México -- Ed. Francisco Méndez Cervantes. 1981. p. 17

aurícula derecha con el ventrículo derecho.

Las otras dos válvulas sigmoideas o semilunares que comunican a los ventrículos derecha e izquierda con las arterias pulmonar y aórtica, Su función es mantener el flujo sanguíneo impuesto por la contracción miocárdica, en un solo sentido (de aurícula a ventrículo y de ventrículo a arteria). Las aurículas funcionan como bombas y reservorios su vaciamiento a los ventrículos encuentran mínima resistencia. La aurícula derecha recibe a las venas cavas y el seno coronario el piso de la aurícula se comunica con el ventrículo derecho por medio de la válvula tricúspide.

La aurícula izquierda recibe a cuatro venas pulmonares y se comunica con el ventrículo izquierdo a través de la válvula mitral.

En la pared media de ambas aurículas esta el septum interauricular y en la porción anterosuperior se encuentra el tronco aórtico.

El ventrículo derecho recibe sangre de la aurícula derecha y la expulsa a través de la válvula pulmonar hacia los pulmones para su oxigenación. El ventrículo izquierdo recibe sangre de la aurícula a través de la válvula mitral.

#### Fisiología de la Circulación.

La característica mas importante de la circulación es que constituye un circuito continuo. Es decir si un volumen determinado de sangre es impulsado por el corazón, el mismo

volumen debe circular por cada una de las subdivisiones de la circulación.

Además, si la sangre se desplaza de un segmento circulatorio, otro segmento debe dilatarse, a menos que la sangre se haya perdido saliendo de la circulación.

La circulación se subdivide en dos, la circulación general o gran circulación y la circulación pulmonar. En la figura 5 - las arterias de cada subdivisión se representan por una cavidad única distensible y las venas por otra cavidad mucho más distensible mientras que arteriolas y capilares se representan por pequeñas conexiones entre arterias y venas.

La gran circulación riega todos los tejidos del cuerpo con excepción de los pulmones, y la circulación menor o pulmonar se lleva a cabo en los pulmones.

La circulación local en cada parte del cuerpo tiene sus propias características, pero existen principios generales de función vascular que pueden aplicarse a todas las partes de la gran circulación.

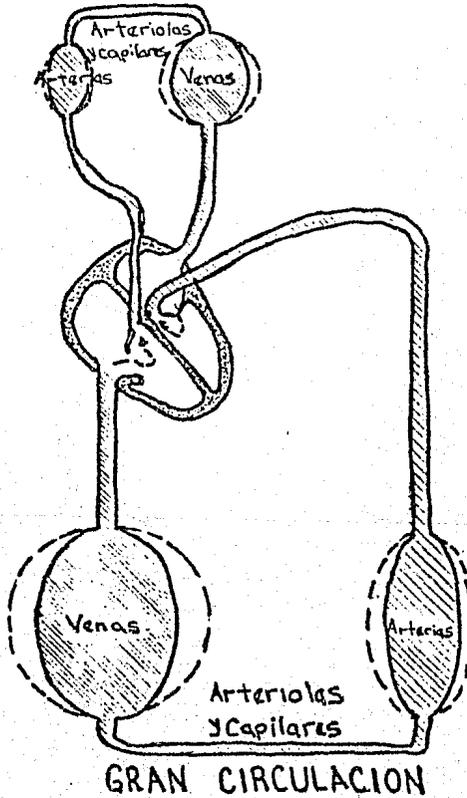
La función de las arterias es transportar sangre a gran presión.

La función de las arteriolas es actuar como válvulas de control a través de las cuales manda sangre a los capilares, modifi

FIGURA 5

Representación esquemática de la circulación, mostrando las porciones distensibles y las resistencias de las dos circula-  
ciones, pulmonar y mayor.

## CIRCULACION PULMONAR



FUENTE: Arthur C. Gayton. Tratado de Fisiología Médica. (5a. ed.) México, 1981. p. 223.

cando el riego sanguíneo gracias a su pared muscular que es capaz de cerrarla o de dilatarla.

La función de los capilares es la de intercambiar líquidos y elementos nutritivos entre la sangre y los espacios intersticiales es la función más importante de la circulación, es donde se lleva a cabo la difusión de sustancias en uno y otro tejido entre la sangre y el líquido intersticial. Paso de la sangre por los capilares desde las arterias a las venas.

Las vénulas reciben sangre de los capilares, y van uniéndose gradualmente hasta formar vasos cada vez mayores.

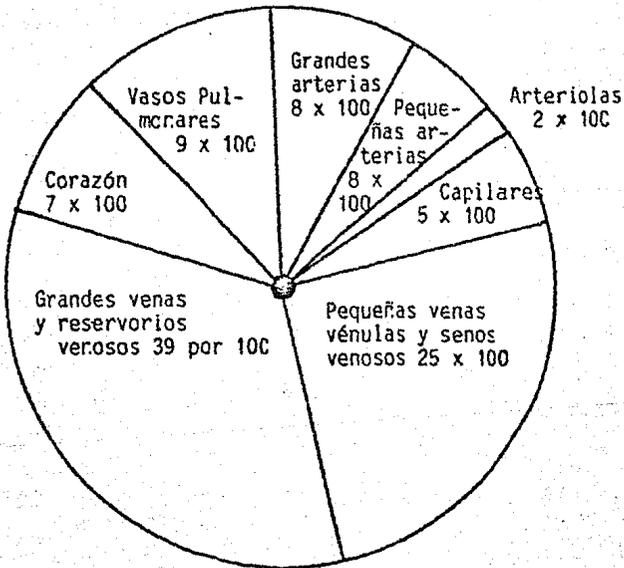
Las venas funcionan como conductos para transportar la sangre de los tejidos nuevamente al corazón.

"Los volúmenes de sangre en las diferentes partes de la gran circulación son: La mayor parte de la sangre está contenida en las venas de la gran circulación (ver figura No. 6), el 84% de toda la sangre se halla en la gran circulación; el 59% en las venas, 15% en las arterias, y 5% en los capilares. El corazón contiene 7 % de la sangre y los vasos pulmonares el 9%. Es sorprendente que solamente se tenga el 5% en los capilares siendo ahí donde se lleva a cabo la función principal de la circulación". (17)

(17) Arthur C. Gayton. Op. cit. p. 216

FIGURA 6

Porcentaje del volumen total de sangre en cada porción del sistema circulatorio.



FUENTE: Arthur C. Gayton. Tratado de Fisiología Médica. (5a. ed.) México. 1981. p. 236.

Cuando la sangre atraviesa los capilares, tiene lugar un intercambio continuo entre el plasma de la misma y el líquido intersticial de los espacios que rodean los capilares.

Los capilares son porosos, de manera que permiten que grandes cantidades de líquidos y sustancias nutritivas se difundan hacia los tejidos, y que los productos de desecho de las células penetren en la sangre.

Existe un sistema secundario muy especial llamado "sistema linfático" que se hace cargo de las partículas grandes como restos de tejido muerto, moléculas proteínicas y bacterias muertas que no pueden pasar a la sangre por los pequeños poros de los capilares. Los vasos linfáticos se originan en los capilares linfáticos de pequeño calibre que están dispuestos al lado de los capilares sanguíneos; la linfa, que es el líquido derivado de los espacios intersticiales, fluye por los vasos linfáticos hacia el cuello, donde se vacía en las venas. Los capilares linfáticos son muy porosos, de manera que en el sistema linfático pueden entrar partículas grandes que son transportadas por la linfa a todo lo largo de la trayectoria de los vasos linfáticos atravesando los ganglios linfáticos, donde se filtra la mayor parte de partículas voluminosas, bacterias englobadas y son digeridas por células del retículo endotelial.

Concluyendo, el sistema circulatorio consta de corazón y va

sos sanguíneos. El corazón consiste en dos bombas separadas dispuestas de lado a lado

La primera impulsa la sangre a los pulmones; de ellos la sangre vuelve a la segunda bomba, que la impulsa a las arterias generales, que las transporta a todo el cuerpo; de las arterias fluye a los capilares, después a las venas, y por último vuelve al corazón haciendo de esta manera un circuito completo una vez cada minuto cuando la persona está en reposo y hasta cinco veces por minuto cuando desarrolla una actividad muy intensa. Existen factores influidos por el sistema nervioso autónomo a través especialmente de la secreción adrenergica, es la que determina el flujo sanguíneo y la irrigación de los diferentes órganos, lo cual culmina con la oxigenación tisular. Estos factores son tres:

Gasto cardíaco, resistencias periféricas y presión arterial.

"El gasto cardíaco es la cantidad de sangre que sale del corazón en un minuto, constituye la resultante final de todos los mecanismos que determinan la función ventricular (frecuencia cardíaca, contractilidad, pre-carga y post-carga). Si el gasto cardíaco disminuye de inmediato se intentará normalizar a expensas de mecanismos compensadores, el primer mecanismo compensador es aquél en el que interviene el sistema nervioso autónomo, mediante la secreción de catecolaminas, porque su efecto cronotrópico e inotrópico positivos

aumentan el gasto cardíaco". (18)

"Para calcular el gasto cardíaco es importante conocer el consumo de oxígeno en un minuto y dividirlo entre la diferencia arteriovenosa.

La concentración del oxígeno absorbido por la sangre depende de la cantidad de sangre que llega al pulmón a oxigenarse; así pues, si se conoce la cantidad de oxígeno que ha ingresado y la diferencia arteriovenosa podrá calcularse la cantidad de sangre que ha llegado al pulmón a oxigenarse. La muestra arterial se tomará de una arteria periférica, mientras que la muestra venosa se debe tomar del tronco de la arteria pulmonar en donde la sangre venosa ya está mezclada".

Cuando el gasto cardíaco está disminuido, la cantidad de sangre que llega al pulmón es poca, y es por ello que la cantidad de oxígeno que difunde del alveolo al capilar alcanza una alta concentración, de tal forma que la sangre que sale del pulmón tiene mucho mayor saturación de oxígeno que cuando entró, por eso se encuentra una gran diferencia arteriovenosa. Si por el contrario, el gasto cardíaco está muy aumentado, la cantidad de sangre también será mayor. Si se le ofrece la misma cantidad de oxígeno a un mayor volumen de sangre, su concentración será menor (estará más diluido) y por lo tanto la diferencia en la concentración de oxígeno entre

(18) JOSE. Guadalajara. Op. cit. p. 460

la sangre que llega al pulmón (venosa) y la que sale de él (arterial) será poca". (19)

Resistencias periféricas y pulmonares. La resistencia es la fuerza que se opone a la presión del flujo sanguíneo y está determinado fundamentalmente por el diámetro de las arteriolas, así la arterioloconstricción aumenta la resistencia y el flujo disminuye. Por el contrario, la vasodilatación disminuye la resistencia y el flujo aumenta.

Presión arterial. La presión arterial dentro del sistema arterial depende del flujo que pasa a través de él y de las resistencias que se oponen a su flujo.

La presión en la aorta es alta aproximadamente 100 mm Hg. Como la impulsión del corazón es intermitente, la presión arterial fluctúa entre un valor sistólico de 120 mm Hg y un valor diastólico de 80 mm Hg. (se llama presión sistólica a la máxima presión desarrollada durante la expulsión de sangre por el corazón, en contra del sistema arterial. En la presión máxima son determinantes fundamentales el gasto sistólico y la elasticidad aórtica mientras que en la presión diastólica son las resistencias periféricas). La disminución de la presión arterial en cada una de las partes del sistema circulatorio es directamente proporcional a su resis-

(19) J.F. Guadalajara. Op. cit. p. 74

cia. Así, al llegar la sangre a la aurícula derecha, la presión es de 0 mm Hg.

Se llama presión diferencial-A la diferencia entre la presión sistólica y la presión diastólica. La presión diferencial es la que determina la amplitud del pulso, ya que cuando es grande el pulso es amplio, mientras que cuando es pequeña, el pulso tendrá poca amplitud. La diferencia entre las dos presiones es normalmente de 40 mm Hg.

Existen factores que afectan a la presión diferencial: a) el volumen sistólico del corazón, b) la adaptabilidad (distensibilidad total) del árbol arterial. Cuando mayor es el volumen por <sup>s</sup>ístole mayor volumen de sangre que debe acomodarse en el árbol arterial con cada latido, y por lo tanto mayor la elevación de la presión sistólica y mayor su caída durante la diástole originando de esta forma una mayor presión diferencial.

Presiones en las venas y su regulación. La sangre de todas las venas van a parar a la aurícula derecha, por lo que la presión de la aurícula derecha recibe el nombre de presión venosa central. La presión en la aurícula derecha está regulada por un equilibrio entre la capacidad del corazón para impulsar la sangre saliendo de dicha aurícula, y la tendencia de la sangre a circular de los vasos periféricos regresando a la aurícula derecha, (retorno venoso).

Factores que pueden aumentar la presión de la aurícula derecha; a) aumento del volumen sanguíneo, b) aumento del tono vascular, en todo el cuerpo, que origina aumento de presión periféricas, y c) dilatación de los pequeños vasos que disminuyen la resistencia periférica y permite el flujo rápido de la sangre de las arterias hacia las venas.

La presión normal en la aurícula derecha es de 0 mm Hg pero puede aumentar en condiciones anormales como en una insuficiencia cardíaca grave o después de una transfusión masiva.

El límite inferior de presión en la aurícula derecha es de -4 a -5 mm Hg y se presenta cuando el flujo de sangre que penetra al corazón procedente de los vasos periféricos está disminuido como por ejemplo después de una hemorragia grave o masiva. Una de las funciones más importantes de las venas es que actúan como reservorios de sangre para la circulación.

Cuando se pierden grandes cantidades de sangre hasta el grado de presentarse hipotensión, se desencadenan reflejos de presión desde el seno carotídeo a otras zonas circulatorias de sensibilidad a la presión. Estos reflejos a su vez originan constricción simpática de las venas. Ello automáticamente corrige la dificultad en el sistema circulatorio, causado por la pérdida de sangre.

Existen reservorios específicos de sangre y son: a) el bazo,

b) el hígado, c) grandes venas abdominales, y d) el plexo venoso situado debajo de la piel.

La regulación de la presión arterial no está controlada por un solo sistema de control, sino por varios sistemas mutuamente relacionados que tienen a su cargo funciones específicas.

Cuando una persona sangra intensamente y la presión cae rápidamente, se le plantean dos problemas al sistema de control de la presión. El primero es devolver rápidamente la presión arterial a un valor suficientemente alto para que la persona siga con vida. El segundo es devolver el volumen de sangre a su valor normal, de manera que el sistema circulatorio pueda restablecer plena normalidad, incluyendo la recuperación de la presión arterial a su valor normal. Estos dos problemas caracterizan los tipos principales de sistemas de control de la presión arterial en el cuerpo; 1) un sistema de control de acción rápida, y 2) un sistema de control a largo plazo para el valor básico de la presión arterial.

El sistema de control rápido de la presión arterial es el que nos interesa para tratar a un paciente con hipotensión causada por hemorragia. En este sistema contamos con los mecanismos hormonales para control rápido de la presión arterial, entre ellos están: 1) el mecanismo vasoconstrictor de noradrenalina-adrenalina, 2) el mecanismo vasoconstrictor de renina angiotensina, y 3) el mecanismo vasoconstrictor

de vasopresina.

- El mecanismo vasoconstrictor de noradrenalina-adrenalina está controlado por el sistema nervioso simpático que libera por las médulas suprarrenales la noradrenalina y adrenalina que pasan a la sangre circulante y circulan por todo el cuerpo y provocan constricción en la mayor parte de los vasos, y contraen las venas.

En general, el sistema de noradrenalina y adrenalina puede considerarse parte del mecanismo simpático total para control de la presión arterial.

- El mecanismo vasoconstrictor de renina -angiotensina. Para control de la presión arterial, la hormona angiotensina II es el vasoconstrictor más poderoso conocido. Siempre que la presión arterial cae demasiado, aparecen en la circulación grandes cantidades de angiotensina II. Esto resulta de un mecanismo especial, que incluye los riñones y la liberación por ellos de la enzima renina. Cuando el riego sanguíneo a través de los riñones disminuye, las células yuxtaglomerulares (células localizadas en las paredes de las arteriolas aferentes inmediatamente proximales a los glomérulos) secretan renina que va a la sangre y forma la angiotensina I para convertirse posteriormente en angiotensina II que produce el aumento de la presión arterial por medio de la vasoconstricción de arteriolas y, en menor grado también de ve-

nas. La constricción de las arteriolas aumenta la resistencia periférica y, por lo tanto, devuelve la presión arterial a sus valores normales. La constricción de las venas también aumenta la presión de llenado circulatorio, a veces hasta en un 50 por ciento, y esto aumenta el retorno venoso de la sangre hacia el corazón ayudando a que éste la impulse de nuevo contra la carga extra de presión. "existen otros efectos de la angiotensina relacionados con los volúmenes de líquido corporal: 1) efecto directo sobre el riñón provocando disminución de la eliminación de sal y agua; y 2) estimula la secreción de la aldosterona por la corteza suprarrenal, y esta hormona, a su vez actúa sobre los riñones disminuyendo la eliminación de sal y agua. Ambos efectos aumentan el volumen sanguíneo". (20)

El sistema renina-angiotensina es suficientemente poderoso para devolver la presión arterial por lo menos a mitad de camino hacia valores normales después de una hemorragia intensa. Por lo tanto, a veces puede salvar la vida, especialmente en caso de choque circulatorio.

- Mecanismo vasoconstrictor de vasopresina. Cuando la presión arterial cae mucho, el hipotálamo secreta grandes cantidades de vasopresina por vía de la glándula hipófisis.

-----  
(20) Arthur C. Gayton. op. cit., p. 274

La vasopresina tiene efectos de vasoconstricción directa sobre los vasos sanguíneos, aumentando así la resistencia periférica total, e incrementado la presión arterial. La vasopresina es conocida también como hormona antidiurética, provocando disminución en la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen de sangre cada vez que la presión cae demasiado.

#### Tratamiento:

- 1.- Reponer el volumen sanguíneo.
- 2.- Transfusión sanguínea, de preferencia sangre completa, en caso de no disponer de ésta, se sustituye con plasma que aumenta el volumen sanguíneo; a veces tampoco se dispone de plasma. Para tales circunstancias se cuenta con diversos sustitutos plasmáticos que ejercerán casi las mismas funciones. Como condición principal que han de reunir los sustitutos plasmáticos es que persistan en el sistema circulatorio, que no escapen a través de los poros capilares y que no sean tóxicos.

Instalar catéter central en la vena cava superior para llevar un control de la presión venosa central.

#### Cuidados de enfermería.

- 1.- Colocar al paciente en posición Semifowler
- 2.- Instalar oxígeno, para mejorar la hipoxia.
- 3.- Preparar equipo para instalar catéter largo en la vena

cava superior.

- 4.- Toma y registro de signos vitales.
- 5.- Control de líquidos estricto.
- 6.- Ministrar las soluciones parenterales indicadas por el médico, así como medicamentos.
- 7.- Verificar y llevar registro de presión venosa central.
- 8.- Mantener informado al paciente sobre cada uno de los procedimientos a realizar.

En conclusión podemos decir que la hipotensión es un signo de disminución del volumen sanguíneo y que puede originar un choque hipovolémico. De ahí la importancia de la inmediata reposición del volumen sanguíneo.

### 2.1.3 Taquicardia

Concepto.

Taquicardia.- Este término, que procede del griego y que literalmente significa "corazón veloz" indica la aceleración de los latidos cardíacos es decir frecuencia cardíaca rápida.

Las taquicardias pueden ser fisiológicas y patológicas.

La taquicardia que es producida por hemorragia gastrointestinales pueden originar un shock hipovolémico ocasionado por la pérdida de sangre. Los signos clínicos son: extremidades

frías, sudoración, labios cianóticos, pulso de 120 a 150 - pulsaciones minuto presión arterial inferior a 80 mm Hg., nu- la o escasa producción de orina. Al presentarse estos sig- nos aparece un mecanismo compensador que tiene su origen en el "sistema nervioso simpático, (ver fig. 7) en la que se - muestra el control circulatorio del sistema nervioso simpá- tico. Las fibras nerviosas simpáticas vasomotoras abandonan la médula espinal con todos los nervios torácicos y el pri- mero o los dos primeros nervios lumbares. Pasan luego a la cadena simpática, y de ahí hasta los vasos sanguíneos de to- do el cuerpo por dos vías diferentes: 1) siguiendo los ner- vios simpáticos periféricos, y 2) siguiendo los nervios ra- quídeos". (21)

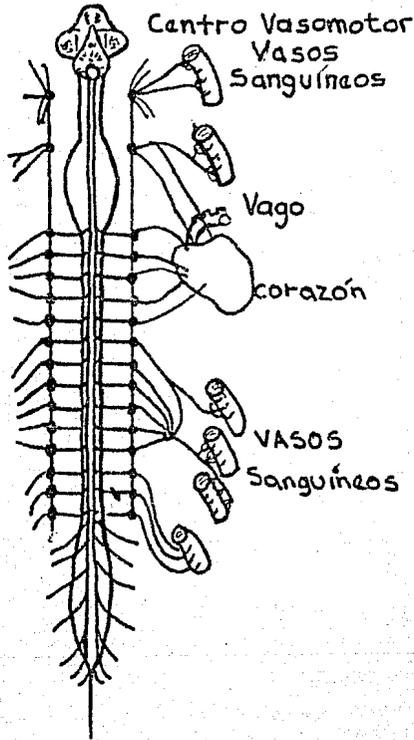
En la figura 8 se observa la inervación de las arteriolas, las arterias pequeñas, venúlas y las Venas pequeñas que permiten que la estimulación simpática altere la resisten- cia de los vasos, y, por lo tanto, modifique la intensidad del riego sanguíneo a través de los tejidos. La inervación de los grandes vasos, en particular de las venas, permite - que la estimulación simpática cambie el volumen de estos y por lo tanto altere el volumen del sistema circulatorio.

El efecto más importante del sistema simpático sobre el co-

(21) Gayton, C. Arthur. Op. cit. p. 256

FIGURA 7

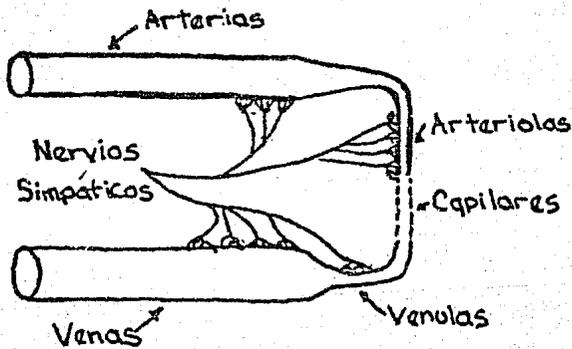
Centro vasomctor y su control del Sistema circulatorio a través de los nervios vagos y simáticos.



FUENTE: Arthur C. Gayton. Tratado de Fisiología Médica.  
(5a. ed.) . México. 1981. p. 256

FIGURA 8

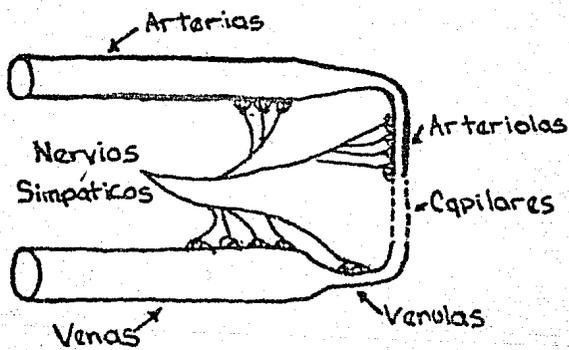
## Inervación de la gran circulación

Inervación de la  
gran circulación

FUENTE: Arthur C. Gayt Tratado de Fisiología Médica  
(5a. ed.) . Méx. c. 1981. p. 257

FIGURA 8

## Inervación de la gran circulación

Inervación de la  
gran circulación

FUENTE: Arthur C. Gayt Tratado de Fisiología Médica  
(5a. ed.) . México. 1981. p. 257

razón es la regulación de la frecuencia cardíaca.

Sistema vasoconstrictor simpático. los nervios simpáticos tienen fibras vasodilatadoras y fibras vasoconstrictoras; pero la más importante son las fibras simpáticas vasoconstrictoras que se distribuyen por todos los segmentos de la circulación siendo mayor en el riñón, bazo, intestino y piel.

Las fibras vasoconstrictoras reciben impulsos del centro vasomotor y estos a su vez la distribuyen a todos los vasos, estos impulsos constituyen el tono vasomotor simpático que conserva un estado parcial de contracción de los vasos sanguíneos, denominado tono vasomotor. Cuando se origina un bloque en la transmisión de estos impulsos desde el Sistema Nervioso Central a la periferia origina un descenso en la presión arterial, lo que comprueba la desaparición del tono vasoconstrictor. La administración de hormonas como la noradrenalina hace que los vasos sanguíneos se contraigan y por lo tanto, se eleve la presión arterial.

Control de la actividad cardíaca por el centro vasomotor.-

" Al mismo tiempo que el centro vasomotor controla el grado de constricción vascular, regula la actividad del corazón aumentando su frecuencia y contractilidad, mientras que la porción medial del centro vasomotor, situado inmediatamente al núcleo motor dorsal del nervio vago, transmite impulsos por el nervio vago al corazón para disminuir la frecuencia car-

dfaca. En consecuencia, el centro vasomotor puede aumentar o disminuir la actividad del corazón; ésta de ordinario aumenta al mismo tiempo que se inhibe la vasoconstricción. Sin embargo, estas relaciones mutuas no son invariables, porque algunos de los impulsos nerviosos que pasan por los nervios vagos hacia el corazón evitan el centro vasomotor" (22)

#### Tratamiento

- 1.- Reposición del volumen sanguíneo.
- 2.- Transfusión sanguínea, plasma o soluciones parenterales.
- 3.- Mantener al paciente en reposo.
- 4.- Instalar catéter largo a vena cava para control de presión venosa central.
- 5.- Instalar oxígeno.
- 6.- Control de Líquidos.

#### Cuidados de enfermería

- 1.- Mantener al paciente en reposo.
- 2.- Toma y registro de signos vitales.
- 3.- Preparar equipo para instalar catéter largo.
- 4.- Ministrar soluciones parenterales, plasma o sangre indicados por el médico.
- 5.- Llevar control de líquidos.
- 6.- Toma y registro de presión venosa central (la presión venosa constituye un parámetro que hace posible determi

nar la volémia en un momento dado, así como el rendimiento cardíaco. Se considera como valor normal de la presión venosa central de 3 a 5 cm. de agua).

- 7.- Administrar medicamentos indicados por el médico.
- 8.- Mantener vías aéreas permeables e instalar oxígeno.
- 9.- Informar al paciente sobre todo procedimiento a realizar para obtener de esta manera su colaboración.

En conclusión, la taquicardia producida por disminución del volumen sanguíneo es "global" ocasionada por el mecanismo compensador para aumentar el riego sanguíneo, este mecanismo compensador es el sistema simpático que entra en acción cuando la presión arterial disminuye por la hemorragia por lo que el sistema simpático inicia poderosos reflejos simpáticos que estimulan el sistema vasoconstrictor en toda la economía originando tres efectos importantes: 1) Las arteriolas se contraen con lo cual aumenta la resistencia periférica total. 2) Las venas y los reservorios venosos se contraen, con lo que ayudan a conservar el retorno venoso a pesar de estar disminuido el volumen sanguíneo, 3) la actividad cardíaca aumenta mucho, a veces la frecuencia de latidos va desde el valor normal hasta 200 latidos por minuto.

La ausencia de estos reflejos puede llevar al paciente a la muerte.

## 2.2 PROBLEMAS PSICOLOGICOS

### 2.2.1 Angustia.

#### Concepto

"Es una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazas para su existencia organizada" (23).

Dichas amenazas pueden ser reales o imaginarias; a la gratificación de nuestras necesidades, la persona desarrolla diferentes formas para poderlas reducir o enfrentarlas.

Fisiológicamente la angustia implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

Proporcionalmente la intensidad de la angustia, el funcionamiento interno y la relación de la persona con el mundo objetivo, se debilita y se desorganiza. Todo ser humano tiene por lo menos una vaga aprehensión y en ciertas circunstancias, advertencias inequívocas de impotencia ante la contingencia de la vida; es inevitable cómo influye la angustia ante el peligro de la muerte, de enfermarse o de algún ataque o amenaza.

---

(23) Ramón de la Fuente Muñiz. Psicología Médica (18a. Impresión) México. Ed. Fondo de Cultura. 1978. p. 154.

La capacidad de angustiarse es innata. Los individuos difieren constitucionalmente en la susceptibilidad de experimentar y en su capacidad de tolerar la angustia. Cada persona tiene umbrales específicos para reaccionar con angustia ante situaciones amenazantes o incluso catastróficas.

Aunque la angustia es la fuente principal de la patología mental y buena parte de la orgánica, debe situarse desde un punto de vista biológico, entre las defensas de que están dotados los organismos para protegerse de estímulos agresivos que son descriptivos para su organización. (24)

Por lo que a la angustia se le considera como una forma modificada del miedo. Tanto la angustia como el miedo son respuestas emocionales de un individuo ante una amenaza que puede ser un peligro real o imaginario. En el miedo el peligro se conoce y se identifica; pero en la angustia puede no tener una base definida, no identificada e incluso no real.

La angustia y el miedo provocan una reacción semejante en el organismo y ambas están presentes durante la enfermedad. La angustia genera una energía que se descarga en el comportamiento del individuo.

#### Manifestaciones Fisiológicas de la Angustia

-----  
(24) Ramón de la Fuente Muñiz. Op. cit. p. 156

El mecanismo fisiológico que principalmente opera en la angustia es una reacción de alarma que se presenta tan pronto como el organismo intenta protegerse del peligro.

Los signos y síntomas que se presentan en la angustia son el resultado del estímulo del sistema nervioso autónomo. La porción simpática es regularmente la más afectada, aunque si el estímulo es suficientemente intenso, también puede afectar la porción parasimpática. Así el individuo puede manifestar evidencias de tensión muscular, como resultado del estímulo del sistema nervioso simpático.

La ansiedad es un fenómeno tan universal que casi la mayoría de las personas lo ha experimentado en alguna ocasión. Los signos y síntomas varían según el grado de ansiedad, se pueden presentar desde una ligera aprehensión hasta un pánico exagerado.

En forma leve la angustia puede beneficiar, ya que pone al cuerpo en un estado de alerta motivando al individuo a tomar alguna acción que le alivie.

Hay cambios circulatorios dentro del organismo, la actividad del corazón se incrementa, la tensión arterial puede elevarse, en la piel se pueden observar palidez o sonrojamiento, pero a menudo la superficie se encuentra fría. El pulso invariablemente aumenta, presentándose tensión muscular y en al-

gunas personas se puede observar la cara tensa, puños cerrados y la posición rígida.

En ocasiones la tensión muscular se revela por un temblor de manos o por un tic facial, en los brazos o los hombros se observan un temblor o calosfríos. La rigidez de los músculos abdominales y la sensación en el estómago comúnmente se presenta como resultado de la tensión muscular, en algunas personas se presenta jaqueca. (25) Otras personas presentan transpiración excesiva acompañada de frío, y palidez de la piel ( es causa de la disminución de la circulación periférica ) origina las típicas manos frías y húmedas.

En la angustia leve la persona está en estado de alerta, pero cuando no es así, la persona es capaz de estar en estado de insomnio.

La persona que presenta angustia es posible que manifieste cambios en su forma de hablar, puede ser que hable muy rápido , eleve su tono de voz o se haga agudo; en estas personas puede observarse vacilación al hablar, balbuceo o tartamudeo.

"La angustia tiene dos papeles importantes: como señal o indicador de conflicto y como agente que respalda la represión , la formación creativa y la proyección. De hecho los diversos recursos y mecanismos mentales que sirven a un propósito de-

-----  
 (25) Beverly Witter Dugas. Tratado de Enfermería Práctica.  
 (2a. ed.) México, Ed. Interamericana. 1975. p. 88

fensivo, ejercen su función a través de su habilidad para reducir la intensidad de la angustia.

### Tratamiento

- 1.- En comparación con otros padecimientos mentales, el pronóstico en general es bueno.
- 2.- Este problema debe ser atendido por el médico general sin necesidad de intervención de un psiquiatra. En caso de un trastorno más grave, es conveniente la interconsulta con el psiquiatra.
- 3.- Se debe dar confianza al paciente para que sienta la confianza a expresar el miedo.
- 4.- Escuchar al paciente siempre y cuando lo necesite.
- 5.- Ayudarlo a recobrar confianza y seguridad en sí mismo.
- 6.- Administrar tranquilizante si el caso lo requiere. (26)

### Cuidados de Enfermería

- 1.- Dialogar con el paciente para infundirle confianza, informarle sobre todos los procedimientos que se le van a hacer antes de iniciarlo.
- 2.- Escuchar al paciente sobre los temores que tiene.
- 3.- Proporcionarle un ambiente lo más tranquilo posible para evitarle tensiones.
- 4.- Respetar el sueño del paciente, ya que difícilmente lo consiguen.

- 5.- Ayudarlo a tener confianza en sí mismo y seguridad.
- 6.- Proporcionarle seguridad, orientándolo acerca de cómo podrá comunicarse con la enfermera, enseñándolo a manejar el timbre de su habitación.
- 7.- La enfermera debe llamar siempre por su nombre al paciente, respetando de este modo su individualidad.
- 8.- Observar frecuentemente al paciente con el fin de detectar algún signo de angustia.

En conclusión, se puede decir que la angustia es una respuesta del individuo ante una situación de peligro o de amenaza ante su integridad física o mental. Generalmente los individuos presentan diferentes capacidades para tolerar la angustia así como para manifestarla algunas personas reaccionan fisiológicamente de diferentes formas, unas presentan aumento de la actividad cardíaca, piel fría, sudoración excesiva y tartamudeo, otras presentan piel sonrojada, aumento de la actividad cardíaca y tensión muscular. Pero en ambas se observa que el sistema simpático se afecta.

A diferencia del miedo, la angustia puede ser real o no serio y el miedo sí es real y se conoce el motivo.

### 2.2.2 Miedo

#### Concepto

Lawrence Kolb dice que el miedo es un sentimiento más o menos

vivo, su intensidad es variable según las personas y las circunstancias. "El miedo es la reacción emocional de alarma ante un peligro o ataque real." (27.)

El miedo es una emoción que se experimenta en respuesta a un estímulo que forma parte de la realidad y constituye una amenaza inmediata para el individuo, o bien presagia un peligro real. La angustia por lo contrario, es una sensación de posible peligro, un estado emocional de aprehensividad, incertidumbre e inseguridad, que puede ser producido por situaciones que simbolizan peligro exterior o por conflictos y tensiones internos, presentes en el inconsciente.

La angustia suele originarse en las amenazas de hostilidad, la agresión y el resentimiento reprimido. Aunque es fácil hacer esta diferenciación entre miedo y angustia, en las situaciones de peligro ambos factores actúan en forma conjunta. Sus tonos afectivos y sus expresiones fisiológicas concomitantes son los mismos. Aunque la angustia en realidad se origina en amenazas internas, el individuo la atribuye a (la proyecta en) alguna fuente exterior real. En la neurosis de guerra esta proyección se efectúa sobre una situación externa peligrosa, que también provoca miedo; así el miedo y el sentimiento de aprehensión e inseguridad, característico de la an

(27) Lawrence C. Kolb. Psiquiatría Clínica Moderna. (5a. ed.) México. Ed. La Prensa Mexicana, S.A. 1976. p. 530

gustia, pueden tener la apariencia de que se han originado en un mismo factor. No siempre es posible trazar la línea que separa ambos afectos. Durante el peligro, el miedo y otras poderosas fuerzas emocionales y externas actúan sobre las amenazas y las tensiones internas; es decir, sobre las fuentes inconscientes de la angustia. De estas fuentes de "stress" emocional durante el peligro, el miedo es la más potente, ya que sus efectos somáticos y fisiológicos originan un gran desgaste. Bajo las circunstancias del peligro, las diversas causas de "stress" interno y externo, se combinan para producir un conflicto que pueda volverse intolerable. Las defensas psicológicas del yo, que hasta entonces habían sido efectivas se derrumban: en consecuencia se eleva la angustia y salen a la superficie patrones infantiles de conducta que constituyen el cuadro neurótico. La angustia y su manejo constituyen el cuadro neurótico. La angustia y su manejo constituyen, por lo tanto, uno de los problemas básicos en la neurosis de guerra.

Como ya se indicó, el miedo y una alteración para reprimir las reacciones de miedo, provocan angustia con gran facilidad. El hecho de que se abata el estado de ánimo del grupo o una actitud derrotista entre los miembros de la unidad del organismo, aumentan la tensión psicológica. Tal abatimiento surge cuando no se tiene fe. Los períodos prolongados de inactividad forzada durante los cuales el hombre está expuesto al peligro, aumenta la reacción de angustia. En igual forma ac-

túa la soledad en la que el individuo está incapacitado para poderse comunicár, lo que produce angustia en la persona. La constante inhibición de sus impulsos hostiles y agresivos afloran ante el peligro. Esta liberación de impulsos coercitivos, hostiles y agresivos es una gran carga psicológica. Cualquiera que sea su origen, todas las angustias y las tensiones que se agregan a la carga que ya soporta el yo, debilitan sus funciones defensivas y aumentan la posibilidad de una neurosis. Las frustraciones, las injusticias dan lugar a resentimiento, hostilidad y angustia.

Los sentimientos de culpa son, así mismo, una fuente de angustia. En ocasiones después de la muerte de un hijo, amigo, esposa, etc., desarrolla el individuo un sentimiento de culpa porque piensa que no lo cuidó suficientemente.

La angustia neurótica que se presenta durante el peligro también pueden tener sus raíces en la pasividad, la hostilidad o la agresividad y el carácter de las defensas que la personalidad ha construido contra dichos factores durante los primeros años de vida.

### Fobias

El miedo está asociado a los pensamientos obsesivos. Igual que la idea obsesiva, la fobia o miedo se abre paso por sí mismo y de manera persistente hasta aflorar en la conciencia.

La angustia morbosa siempre acompaña a una fobia, en contraste con la culpa o la depresión del individuo obsesionado. Entre las fobias más comunes están el miedo a la suciedad, a las bacterias, al cáncer o a las multitudes. En general, se puede decir que la angustia del paciente que se desliga de una idea, objeto o situación específica en su vida diaria, se desplaza hacia otra idea o situación simbólica en forma de un miedo neurótico específico. El miedo que el paciente experimenta en presencia de determinado objeto o experiencia en presencia de determinado peligro es, en realidad, el miedo desplazado de algún componente angustiante dentro de su propia personalidad. La situación respecto a la cual el individuo es fóbico, simboliza o representa incidentes que han producido ira o vergüenza, afectos cuya aparición en la superficie tiene que impedir el individuo, habitualmente por la angustia de romper una relación importante. Desde luego, el paciente no se da cuenta de la fuente psicológica o de la importancia de su miedo, y aunque reconoce que es irracional, es incapaz de regular su vida si no es de acuerdo con lo que dicta su fobia. Constantemente intenta controlar su angustia evitando el objeto o situación a la que se ha desplazado dicha angustia.

### Tratamiento

- 1.- Informar al paciente sobre los procedimientos o técnica que se realizará para combatir el problema existente que

amenaza su vida.,

- 2.- Llamar al paciente por su nombre respetando su individualidad como persona.
- 3.- Actuar con eficiencia y seguridad por parte de la enfermera y el médico, proporcionará confianza y seguridad al paciente.
- 4.- Escuchar al paciente, dejándolo expresar para que así desahogue todos sus sentimientos, lo que redundará en beneficio de su estado de ánimo.
- 5.- En caso de que la angustia o el miedo sean críticos se solicitará interconsulta con el psicólogo.

#### Cuidados de Enfermería

- 1.- Llamar al paciente por su nombre.
- 2.- Comunicar al paciente el procedimiento que se realizará antes de iniciarlo.
- 3.- Efectuar las acciones de enfermería con seguridad y diligencia.
- 4.- Mantener conversación o diálogo con el paciente.

Concluyendo, el miedo es una reacción emocional ante el peligro real que presenta el paciente con Hematemesis, aunado a esto se manifiesta la angustia ante la inseguridad o presentimiento de un suceso o desenlace fatal.

## 2.3 PROBLEMAS SOCIO CULTURALES

### 2.3.1 Alcoholismo

#### Concepto

El alcoholismo es una enfermedad progresiva y crónica que se manifiesta en el individuo como la imposibilidad para abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas.

"El alcoholismo ha sido definido tanto como un padecimiento crónico, como un trastorno de la conducta, caracterizado, en cualquier caso, por la ingestión de bebidas alcohólicas a tal grado que sobrepasa las costumbres sociales de beber en la comunidad, y llegar a interferir con las relaciones interpersonales, la salud del bebedor y su situación económica. Reducido a términos farmacológicos se trata de adicción al alcohol". (28)

El uso inmoderado de bebidas alcohólicas crea muchos problemas en la sociedad moderna, y su importancia social puede juzgarse por el constante interés que sobre este tema han puesto las publicaciones contemporáneas, tanto literarias como científicas. Estos problemas se dividen en tres categorías: aspectos psicológicos, médicos y sociológicos.

-----  
(28) George W. Thorn. D. Adams. Op. cit. p. 827-835

### Aspectos Psicológicos

El alcohol produce efectos psicológicos. Los efectos más obvios de las dosis no letales de alcohol se localizan en el sistema nervioso, y constituyen los síntomas y signos característicos de la intoxicación por alcohol.

Es aceptado que el alcohol no es un estimulante sino un depresor del sistema nervioso central. Dentro de sus efectos tempranos se observan locuacidad, agresividad, actividad excesiva y aumento de la excitabilidad eléctrica de la corteza cerebral, simulando un estado de estimulación. Sin embargo, hay pruebas de que la acción inicial del alcohol es deprimir ciertas estructuras subcorticales que por lo común modulan la actividad de la corteza cerebral. De manera similar la hiperactividad inicial de los reflejos puede representar un escape transitorio de las neuronas motoras espinales. Con el aumento en la cantidad de alcohol la acción depresora se profundiza y abarca neuronas cerebrales corticales directamente, al igual que otras neuronas cerebrales y espinales.

La actividad motora es afectada por el alcohol, desde el simple mantenimiento de la posición de pie, el control del habla y los movimientos oculares, son afectados en forma adversa por el alcohol. Los movimientos son lentos e inseguros y desordenados, y por lo tanto menos adaptados para el fin específico.

El alcohol también interfiere con la eficiencia de la función mental y con el proceso de aprendizaje, el individuo se vuelve lento y menos efectivo, se bloquea su poder de atención y concentración. También hay interferencia en la facultad de juzgar y discriminar, se pierde la eficacia de pensar y razonar con claridad

#### Aspecto Médico

Abarca todos los aspectos de la habituación alcohólica, así como las enfermedades que resultan del abuso.

"El efecto del alcohol sobre el sistema nervioso se acompaña de un gran número de trastornos neurológicos importantes. El mecanismo por el cual el alcohol produce sus efectos es diferente entre uno y otro padecimiento. La siguiente clasificación conocida se basa en tales mecanismos.

- I.- Intoxicación alcohólica: embriaguez, coma, excitación.
- II.- Síndrome de abstinencia o de supresión: temblores, alucinosis y "ataque de ron".
- III.- Enfermedades nutricionales del sistema nervioso secundario al alcoholismo.
  - a) Síndrome de Wernicke-Korsakoff
  - b) Polineuropatía
  - c) Neuropatía óptica ("ambliopatía tabaco-alcohol").
  - d) Pelagra

IV.- Enfermedades de patogenia incierta, asociadas con el alcoholismo.

- a) Degeneración cerebral
- b) Enfermedades de Marchiafava-Bignani
- c) Mielinólisis central de la protuberancia
- d) Atrofia cerebral
- e) Cardiomiopatía y miopatía "alcohólica".

V.- Padecimientos neurológicos, consecuencia de cirrosis de Laennec y desviaciones portosistémicas.

- a) Estupor y coma hepáticos
- b) Degeneración hepatocerebral crónica". (29)

#### Manifestaciones Clínicas del Alcoholismo

"Los efectos clínicos más importantes aparecen principalmente en el aparato digestivo y en el sistema nervioso.

En el aparato digestivo se presentan síntomas de alteración de la función gastrointestinal como la náusea y el vómito matutino. En forma peculiar, el paciente puede suprimir estos síntomas tomando una o dos copas de alguna bebida alcohólica después de lo cual es capaz de consumir grandes cantidades de alcohol sin que vuelva a presentarse la náusea o el vómito, hasta la mañana siguiente.

Otra molestia del sistema gastrointestinal es la distensión abdominal, malestar epigástrico, eructos, síntomas típicos o

(29)George W. Thorn. D. Adams. Op. cit. p. 827

atípicos de úlcera y hematemesis.

La gastritis superficial es secuela de una borrachera prolongada. En la mayoría de los casos la gastritis es benigna y los síntomas desaparecen en cuestión de días de abstinencia, pero los casos graves se asocian con erosiones o ulceraciones que pueden originar una hemorragia. Otra lesión es la úlcera péptica, cuya frecuencia es elevada entre los alcohólicos. Una causa menos frecuente pero más grave de hematemesis es el llamado síndrome de Mallory-Weiss, que se caracteriza por laceraciones muy evidentes de la mucosa gástrica, que se producen en la unión gastroesofágica. En muchos casos la hemo - rragia es precedida por vómito intenso.

Las lesiones típicas dependen de la elevación de la presión intragástrica hasta 100-150 mm. de Hg.

Los pacientes que requieren ser admitidos en un hospital para ser tratados, es porque han tenido un período prolongado de estar bebiendo y existe una depleción dietética; estos pacientes presentan invariablemente aumento del hígado debido a la infiltración de las células parenquimatosas con grasa, este padecimiento es reversible si el paciente se mantiene abstemio y recibe dieta nutritiva. En pacientes crónicos se observa necrosis hepatocelular o hepatitis alcohólica. Pacientes con alcoholismo grave más desarrollado presentan cirrosis, en la cual la proliferación difusa del tejido fi-

broso destruye la arquitectura lobular normal del órgano." (30)

### Farmacología y Metabolismo del Alcohol

El alcohol etílico o etanol es el ingrediente activo de la cerveza, el vino, el whisky, la ginebra, el aguardiente y otras bebidas alcohólicas menos comunes. Además, las bebidas más fuertes contienen éteres enánticos, que dan sabor, pero no tienen propiedades farmacológicas importantes, pequeñas cantidades de impurezas, como el alcohol amílico y el acetaldéhid, que actúan como el alcohol, pero son más tóxicos. Contrariamente a la opinión general, el contenido de vitamina B de la cerveza y otros licores es muy bajo, de manera que ofrece poco valor nutritivo.

El alcohol se absorbe en el estómago como en el intestino delgado. Su presencia puede ser demostrada en la sangre 5 min. después de su ingestión, y la máxima concentración se alcanza en 30 a 90 min. La ingestión de leche y alimentos grasos impide su absorción por el intestino. El agua en cambio, la facilita.

El alcohol circula principalmente en el plasma y penetra a los diversos órganos del cuerpo, así como al líquido cefalorraquídeo, la orina y al interior de los alveolos pulmonares, en concentraciones que guardan una relación constante con la de la sangre. La eliminación del alcohol se lleva a cabo por

oxidación a bióxido de carbono, y se pierde menos del 10% a través de los pulmones, la piel y los riñones. La energía liberada por la oxidación del alcohol es equivalente a 7 kilocalorías por gramo.

El alcohol se metaboliza principalmente en el hígado por la enzima citoplásmica deshidrogenasa del alcohol para producir acetaldehído. También puede ser oxidado por la catalasa y la oxidasa microsómica, pero las funciones fisiológicas y cuantitativas de estas vías no son claras.

En la práctica médica se acepta que una vez que se ha terminado la absorción y se ha logrado un equilibrio con los tejidos, el alcohol etílico es oxidado a un ritmo constante, en forma independiente de su concentración en la sangre (aproximadamente 150 mg de alcohol por kilogramo de peso corporal por hora).

Muy pocos factores son capaces de acelerar el metabolismo del alcohol. Sin embargo, parece bien establecido que los alcohólicos crónicos metabolizan el alcohol más rápidamente que las personas normales. Existen nutrientes como la glucosa, aminoácidos, calcio, fosfato y vitamina B<sub>12</sub> que son reducidos en su absorción intestinal por la acción del alcohol. Esta inhibición en la absorción contribuye a la desnutrición que es frecuente en sujetos alcohólicos. La desnutrición disminuye la velocidad del metabolismo del alcohol en el hígado, aunque

este efecto varía de un individuo a otro.

Los efectos fisiológicos del alcohol sobre el organismo se observan en: excitabilidad y contractilidad del músculo cardíaco, con dosis intoxicantes se produce elevación de la frecuencia, el gasto cardíaco, en las presiones del pulso y una vasodilatación cutánea a expensas de constricción esplácnica. El aumento en la sudación y la vasodilatación causa pérdida del calor corporal y caída de temperatura." (31)

La administración en cantidades bajas de alcohol produce estimulación de las glándulas gástricas para producir ácido.

Con la ingestión del alcohol en grandes cantidades aumentan la secreción de moco, la mucosa del estómago se congestiona y se hace hiperémica y la secreción del ácido se deprime, lo que produce gastritis aguda cuya recuperación es rápida.

Existe aumento del apetito como consecuencia a la ingestión de alcohol debido a la estimulación de los órganos terminales del gusto y a una sensación general de bienestar.

El alcohol produce otros efectos metabólicos: en el metabolismo de los lípidos que ocasionan un hígado graso; interfiere también en el metabolismo de los carbohidratos y puede producir hipoglucemia por deterioro de la gluconeogénesis; si el glucógeno almacenado en el hígado es escaso, se puede producir un estado de hipoglucemia severo.

(31) Ibid p. 825

El alcohol tiene efectos sobre el riñón, aumenta la excreción de iones de fósforo y magnesio ocasionando descenso de los niveles séricos. También aumenta la diuresis por la supresión transitoria de la liberación de la hormona antidiurética.

### Aspectos Sociológicos

Los aspectos socioculturales que afectan la aceptabilidad y disponibilidad del alcohol son las características más determinantes en la producción del hábito del consumo del alcohol. Sólo las fluctuaciones que ocurren en estos aspectos podrían explicar las variaciones tan amplias que se observan en lo que respecta a los problemas que ocasiona el alcohol y explicar los cambios en las comunidades." (32)

Por lo anterior es conveniente mencionar ciertas ciencias científicas que intentan comprender mejor el problema del alcoholismo.

La Antropología Social.- Es la ciencia natural y teórica de la sociedad humana, estudia la cultura en sí y los fenómenos socioculturales, analizando las formas de asociación, entre los individuos que llegan a constituir así redes de relaciones sociales, conocidos también como estructura u organización social.

Esta ciencia se preocupa asimismo del análisis de esas rela-

(32) Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. 1a. ed. México, 1986. Ed. El Manual Moderno. p. 13

ciones en cuanto a su diferenciación en términos de status (posiciones) y papeles en la sociedad, no desde un punto de vista particular sino general.

En investigaciones sobre farmacodependencia, en donde obviamente se incluye el alcoholismo y que constituye un problema multifacético en el que intervienen factores muy diversos, el enfoque interdisciplinario es básico, motivo por el que la antropología social en función de su naturaleza, no puede ser ajena a esta problemática.

Así como la antropología médica trata de estudiar los factores, mecanismos y procesos que influyen el modo como los individuos y grupos son afectados por la enfermedad, una de las ramas de la antropología médica es la etnomedicina, que es la que analiza los problemas médicos desde el punto de vista de los individuos y grupos. Esta rama médica propone ver las enfermedades como categorías culturales y como un grupo de eventos relacionados culturalmente, utiliza indicadores "fenomológicos" para definir los diferentes estados de enfermedad.

La epidemiología social, intenta relacionar factores sociales y culturales de las enfermedades específicas encontradas en una población o grupo social.

Para entender la problemática del alcoholismo y de la farmacodependencia en general, es necesario considerarlo como una

enfermedad y su tratamiento depende en gran medida de factores sociales.

Es una verdad aceptada que la enfermedad del alcoholismo tiene implicaciones sociales importantes y cómo éstos influyen en lo que el hombre hace en su trabajo, con su familia y el medio que le rodea.

El problema del alcoholismo al ser también social, se debe investigar por cualesquiera de las ciencias sociales, en virtud de que no reconoce fronteras de clase o estratos y se presenta en todos los sectores de la población.

Es por eso que nos interesa conocer los factores que motivan al individuo a beber en forma exagerada alcohol y es preciso diferenciar el uso, abuso y consumo exagerado.

Los propósitos que motivan a un individuo a consumir alcohol son sólo recursos de las gentes mal informadas como de las personas sofisticadas.

"Los aspectos simbólicos de tomar alcohol son múltiples e importantes, entre ellos mencionamos los siguientes:

- 1.- El acto de ofrecer y aceptar una copa entre personas en un gesto de amistad.
- 2.- En el marco de una reunión social, compartir el alcohol simboliza la unidad del grupo.

enfermedad y su tratamiento depende en gran medida de factores sociales.

Es una verdad aceptada que la enfermedad del alcoholismo tiene implicaciones sociales importantes y cómo éstos influyen en lo que el hombre hace en su trabajo, con su familia y el medio que le rodea.

El problema del alcoholismo al ser también social, se debe investigar por cualesquiera de las ciencias sociales, en virtud de que no reconoce fronteras de clase o estratos y se presenta en todos los sectores de la población.

Es por eso que nos interesa conocer los factores que motivan al individuo a beber en forma exagerada alcohol y es preciso diferenciar el uso, abuso y consumo exagerado.

Los propósitos que motivan a un individuo a consumir alcohol son sólo recursos de las gentes mal informadas como de las personas sofisticadas.

"Los aspectos simbólicos de tomar alcohol son múltiples e importantes, entre ellos mencionamos los siguientes:

- 1.- El acto de ofrecer y aceptar una copa entre personas en un gesto de amistad.
- 2.- En el marco de una reunión social, compartir el alcohol simboliza la unidad del grupo.

3.- Un individuo que está compartiendo con otros es una interacción que incluye consumir alcohol y al hacerlo siente que es aceptado por los demás. Tal aceptación es una necesidad humana básica.

4.- El consumo de alcohol se utiliza de modo deliberado para confirmar un acuerdo, como una especie de cerrar el trato o contrato.

5.- El advenimiento de la edad adulta, la masculinidad o mem bresía en alguna clase social u ocupacional, con frecuencia tiene implicaciones respecto al consumo de alcohol.

6.- El abandono de los valores sociales convencionales enfatizados por la tradición, el éxito, status y clase pueden ex presarse a menudo a través de hábitos de consumo de alcohol. Una de las razones por las que la gente joven se entrega al uso del alcohol es por la reprobación de sus mayores.

7.- Los subgrupos de delincuentes y marginados con toda segu ridad simpatizarán, enfatizarán y respaldarán el uso del alcohol. Las personas inconformes o inadecuadas pueden encontrar aceptación en una subcultura compartiendo algunos de sus hábitos como el alcoholismo.

8.- El acto de consumir alcohol puede realizar un interludio en el trabajo o un descanso de una responsabilidad, el comien zo de relajación, etc.

9.- La conducta desinhibida, sobre todo si es de naturaleza sexual o agresiva, en ocasiones es más aceptada socialmente cuando el individuo que realiza tal comportamiento ha ingerido alcohol.

10.- Y por último, tenemos como una razón para el consumo de alcohol el de naturaleza utilitaria. El término "utilitario" en este contexto es como lo utilizan los sociólogos para referirse a la utilidad del alcohol para producir efectos placenteros sobre la mente." (33)

El análisis que el antropólogo puede hacer sobre el alcoholismo parte del individuo que sufre el problema, en el contexto de su propia familia y del marco de la sociedad que determina en última instancia sus características socioculturales.

El estudio de las familias en el problema del alcohol o su consumo inmoderado ha reportado valiosa información para mejor entendimiento de este problema social.

Para poder hablar de las familias es necesario enfatizar sus funciones básicas que tienen como organización social. Las funciones básicas de la familia son: las sexuales, las económicas, las reproductoras y las educacionales. Es decir, que como cualquier otra Institución social son para satisfacer necesidades.

(33) Ibid. pp. 14/15

La familia de manera relevante permite al individuo una mejor adaptación (o al revés) al medio social a la vez que provee la entidad afectiva necesaria para el desenvolvimiento del sujeto.

Es en este punto donde radica en muchos casos el surgimiento de conductas desviadas hacia el alcoholismo.

En un contexto mas amplio, el estudio del comportamiento cultural del alcoholismo se debe realizar en la organización social y en el análisis de la interacción entre los individuos dentro y fuera del núcleo familiar y como su comportamiento es diverso según sean sus respuestas a los diferentes estímulos que se presentan. Por ejemplo la conducta de un padre alcohólico será decisiva en la educación de sus hijos.

En México se divide en tres clases la familia:

- a) La familia indígena
- b) La familia campesina
- c) La familia urbana

La familia indígena se caracteriza por sus relaciones inter-familiares abiertas al igual que fuera del núcleo familiar; su comunicación es fluida.

La familia campesina se caracteriza porque empieza a surgir la competencia entre sus miembros lo que viene a ser un indi

cador inter y extrafamiliar. Hay marcada tendencia a la individualización entre sus miembros.

La familia urbana, en esta familia no existe relación cara a cara; existe mayor individualización.

En la ciudad se dan fenómenos interesantes como: la prostitución, fenómeno no conocido en las comunidades indígenas; las tasas de la delincuencia, la violencia y uso exagerado de drogas son mayores en la ciudad. El alcoholismo en el campo es un severo problema de Salud Pública, genera accidentes, enfermedades y problemas con la ley. La cohesión social en el campo no permite la prostitución, pero sí se facilita el consumo exagerado del alcohol, fenómeno que cursa por todos los estratos sociales con la única diferencia de la ocasión.

El análisis de la familia es el punto de partida para el estudio del alcoholismo.

Es en la familia donde se dan los primeros casos en torno a la educación y capacitación del individuo en la sociedad.

#### Tratamiento:

En el tratamiento de un alcohólico es muy deseable poder presentarle metas a corto plazo, pero no es posible, ya que su dependencia requiere de fuerza de voluntad y esto para poder ver los resultados es a largo plazo, de tal manera que la terapéutica empleada sea satisfactoria. Si el paciente ya pa-

só el peligro de perder la vida por la secuela presentada por el alcoholismo, es conveniente que el paciente:

- 1.- Acepte integrarse en los grupos de autoayuda como el de A.A.
- 2.- La familia ingrese también en los grupos de Familias Anónimas.

#### Cuidados de Enfermería

- 1.- Orientar al paciente sobre la existencia de grupos de apoyo como el de "alcohólicos anónimos".
- 2.- Solicitar la ayuda de los familiares para la rehabilitación del paciente.

### 3. METODOLOGIA DE TRABAJO

En este apartado se realiza la identificación de los problemas del paciente, estableciendo el diagnóstico de enfermería en forma integral abarcando sus diferentes áreas: biológica, psicológica y sociocultural.

#### 3.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

##### 3.1.1 Diagnóstico Integral

Paciente que necesita se le instale sonda de Sengs-taken para cohibir el sangrado, así como la restitución del volumen circulante mediante la ministración de soluciones parenterales para la corrección de la hipotensión y la taquicardia. Psicológicamente amerita orientación sobre su problema con el propósito de disminuir la angustia; socialmente se le orienta sobre la existencia de grupos de alcohólicos anónimos para su rehabilitación social.

##### 3.1.2 Diagnóstico Biológico

Es conveniente realizar lavados gástricos con agua helada para negativizar el sangrado. Establecer el control de signos vitales cada hora para detectar si persiste el sangrado.

##### 3.1.3 Diagnóstico Psicológico

Explicar al paciente las actividades que se le van a realizar

para disminuir el miedo hacia lo desconocido.

#### 3.1.4 Diagnóstico Sociocultural

El paciente y la familia necesitan orientación sobre la importancia de la integración familiar, ya que la ausencia de ésta originó el problema del enfermo en relación con el alcoholismo.

### 3.2 TIPO Y DISEÑO DEL PLAN DE ATENCION

#### 3.2.1 Tipo

El tipo del proceso es inductivo, analítico descriptivo y diagnóstico, abarcando las tres áreas biológica, psicológica y sociocultural del paciente.

#### 3.2.2 Diseño

En el diseño del plan de atención se elabora el plan de trabajo con base en la observación realizada, el conocimiento científico del problema y el auxilio de la documentación bibliográfica consultada.

El uso de las técnicas de investigación son la observación, la entrevista directa e indirecta, las fichas bibliográficas tomadas de la documentación bibliográfica y la historia clínica de enfermería.

### 3.3 TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS

#### 3.3.1 Observaciones

La observación que nos permite saber que características psicobiológicas se observan y que relación presentan con los hechos.

#### 3.3.2 Entrevista

La entrevista, técnica utilizada en forma directa con el paciente e indirecta cuando se realiza con los familiares , de este modo se pueden obtener antecedentes de la enfermedad.

#### 3.3.3 Fichas de Trabajo

Las fichas de trabajo se extrajeron de la bibliografía consultada , con objeto de reafirmar los conocimientos , y así lograr con mayor facilidad la fundamentación científica de cada una de las acciones de enfermería , aunado a un criterio reflexivo y coherente de la problemática.

#### 3.3.4 Historia Clínica de Enfermería

La Historia Clínica de Enfermería nos permite tener un conocimiento del paciente respecto a sus hábitos , sus necesidades y antecedentes patológicos . Esto nos dio una visión más acertada para conocer al paciente. (ver la historia clínica en el Apéndice0.

### 3.4. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

A continuación se presenta en forma italiana para su mejor comprensión y esquematización.

Problema Biológico	Fundamentación Científica
Hematemesis	<p>La hematemesis es el vómito de sangre, y melena el paso de heces de color negruzco. Son síntomas de hemorragia gastrointestinal y ayudan a definir, dentro de ciertos límites, el sitio anatómicas que sangra. Sólo en raras ocasiones, la hemorragia es muy acentuada, sin que aparezcan datos de hemorragia por la boca o el recto. El color de la sangre vomitada varía del rojo al negro, según la duración del contacto de la sangre con el ácido del estómago. Si el vómito ocurre poco después del comienzo de la hemorragia, es de color rojo; si hay dilatación en el vómito, el aspecto será oscuro, negro o como "asientos de café". Como la sangre que entra al aparato gastrointestinal por debajo del duodeno rara vez vuelve a pasar al estómago, se considera que la hematemesis que el sitio sangrante está próximo al yeyuno.</p> <p>La melena ocurre por separado o acompañando a la hematemesis, el sangrado de volumen para producir hematemesis, por lo común,</p>

produce melena. La alteración del color de la sangre, resulta de contacto prolongado con el ácido clorhídrico en el jugo gástrico que produce hematina. En contraste con la hematemesis, la melena resulta de la hemorragia en el yeyuno e íleon, suponiendo que el recorrido por el intestino sea lento. Al menos de 50 a 100 mm. de sangre deben pasar rápidamente a la porción superior del aparato gastrointestinal para producir el color negro de las heces. Después de una hemorragia de un litro, el color de éstas persiste durante uno a tres días. Luego regresa a su color normal, pero las pruebas para buscar sangre oculta son positivas de tres a ocho días.

#### Cont. Hematemesis

No todas las heces de color rojo o negro se deben a la presencia de sangre. Las heces negras pueden ser resultado de la ingestión de betabeles o después de la inyección intravenosa de sulfobromóftaleína. La hemorragia gastrointestinal, aun si ha sido descubierta con la prueba de sangre oculta, o en el aspirado del contenido gástrico, indica una enfermedad potencialmente grave que amerita cuidadosa investigación.

Las manifestaciones clínicas de la hemorragia gastrointestinal dependen de la cuantía de ésta, su velocidad y la presencia de una enfermedad coincidente o acompañante. Excepto que haya ha-

bido anemia antes de la hemorragia, la pérdida de 500 mm de -  
sangre, por lo común no se acompaña de síntomas generales.  
La hemorragia rápida de gran volumen, disminuye el retorno ve-  
noso al corazón y el gasto cardíaco, causa vasoconstricción re-  
fleja, y aumento a la resistencia periférica. La presencia de  
hipotensión es un índice más preciso de pérdida de sangre que  
la taquicardia sugiere que ha ocurrido una depleción volu-  
métrica de 20% o más. El paciente experimenta mareo, náusea, suda-  
ción y sed. Puede aparecer ansioso e inquieto. Cuando la pérdi-  
da de sangre es de 20% de volumen sanguíneo, aparece choque con  
taquicardia y pulso periférico sumamente débil. La piel está  
fría y sudorosa, y la palidez es un dato prominente. El hemato-  
crito inicial no refleja la pérdida sanguínea sino hasta varias  
horas después cuando viene la hemodilución (aumento del volumen  
del plasma en relación a la de los glóbulos rojos).  
Las plaquetas se elevan y se encuentran leucocitosis de 2 a 5 ho-  
ras después de que comienza la hemorragia. En ocasiones la pre-  
sencia de sangre en el intestino se acompaña de fiebre (37.8 -  
40°C), y el nitrógeno úrico de la sangre se eleva de 24 a 48 -  
horas, después de la hemorragia, debido a la transformación de

#### Cont. Hematemesis

las proteínas de la sangre en úrea, verificada por bacterias intestinales y por una disminución en la velocidad de la filtración glomerular.

La hemorragia por varices esofágicas o gástricas ocurre con mucha frecuencia en la hipertensión portal por cirrosis del hígado. Aunque la cirrosis alcohólica es la forma prevalente de la enfermedad las hemorragias por vórices se presenta en otras formas de cirrosis acompañadas de hipertensión porta, en especial la cirrosis postnecrótica. La trombosis de la vena porta también produce hemorragia por varices aunque no haya cirrosis.

La hemorragia por vórices tiende a ser abrupta y a menudo profusa; sin embargo, a veces ocurren hemorragias pequeñas durante varios días, antes de que sean descubiertas las vórices. El sangrado de la parte alta del intestino en un paciente con cirrosis sugiere que tiene varices pero como hasta un 40% de los enfermos con cirrosis sangran a causa de otras lesiones no varicosas (p. ejemplo úlcera-éptica), debe descartarse esa posibilidad).

Cont. Hematemesis

Acciones de Enfermería	Fundamentación Científica
1.- Colocar al paciente en posición semifowler	Esta posición reduce el flujo sanguíneo al sistema portal, evita el reflujo del contenido ácido del estómago hacia el esófago con la consiguiente digestión péptica de la mucosa.
2.- Tomar signos vitales	<p>La insuficiencia de la circulación se descubre por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pulso rápido y débil y por la baja de las presiones arteriales sistólica y diastólica. La presencia de hipotensión es un índice más preciso de pérdida de sangre que la taquicardia y sugiere que existe depleción volumétrica del 20% o más. El paciente experimenta mareo, náusea, sudoración y sed. En ocasiones puede presentar fiebre de 37°C a 40°C ocasionada por la presencia de sangre en el intestino.</li> </ul>
3.- Canalizar vena con catéter largo central a vena cava.	<p>- El catéter conectado a vena cava hace posible la terapéutica de sustitución en caso de falta de volumen y medición de la presión venosa central.</p> <p>La ventaja de un catéter en la vena cava radica en que las soluciones infundidas se mezclan inmediatamente con una gran cantidad de sangre contenida en la amplia luz de la vena cava.</p>

- Con la colocación de un catéter, a vena cava se elimina la hipovolemia con reposición de la sangre y hasta la repleción del torrente circulatorio, bajo determinación de la presión venosa central.

4.- Administrar soluciones indicadas por médico.

- El tratamiento por excelencia en la hematemesis es la reposición inmediata de sangre fresca pero mientras se obtienen los resultados de laboratorio es preciso la administración de expansores del plasma para iniciar la reposición de la volemia.

5.- Toma de muestras de laboratorio.

- Los estudios de laboratorio no contribuyen en general a la determinación de la causa y localización de la hemorragia. Sin embargo, para el diagnóstico más preciso, la determinación del estado del paciente y las comprobaciones terapéuticas, son imprescindibles las investigaciones de laboratorio. Antes de la administración de sangre hay que extraer sangre para diversas pruebas como son:

Estado de coagulación.

Determinación de grupo sanguíneo.

Determinación del tiempo de coagulación espontánea.

Diferenciación entre hemorragia hiperfibrinolíticas y por carencia de fibrinógeno.

6.- Ministrar medicamentos - Entre la terapéutica empleada se encuentran los siguientes medicamentos indicados por el médico.

-Vasopresina medicamento que actúa sobre todo en la vasoconstricción arterial de la zona esplácnica, con lo que desciende por poco tiempo en un 30 a un 50% la presión de la vena porta y la irrigación del hígado. Dado que el descenso de la presión en la vena porta aumenta la afluencia de sangre a través de la arteria hepática.

-La vitamina K eleva el nivel de la protrombina.

-La administración de un antibiótico como la neomicina desaparece un peligro muy especial que está constituido por el intestino lleno de sangre, pues la disociación bacteriana de las proteínas hemáticas engendran sustancias sobre todo el amoniaco, susceptible a desencadenar un coma hepático.

Para combatir esta posibilidad y aprovechando la presencia de la sonda en el estómago, tras la aspiración de sangre se administrará el antibiótico sólo en forma oral. La aplicación del antibiótico inhibirá la formación de sustancias tóxicas y comatogénas por parte de las bacterias intestinales.

7.- Preparar equipo e instalar sonda de Sengstaken Blakemore.

- Lo mas pronto posible se colocará una sonda gástrica. Sólo de este modo es factible una determinación aproximada de la cuantía de la hemorragia. La luz de la sonda debe ser suficientemente amplia al menos de 7 mm de diámetro, pues sólo de este modo es posible un vaciamiento del estómago. Se tendrá presente que mediante la aspiración regular cabe evitar una repleción excesiva del estómago con tensión en sus paredes, lo que favorece la hemorragia.

El equipo para la instalación de sonda de Segnstaken-Blakemore contiene:

Una charola con:  
 una sonda de Sengstaken-Blakemore  
 una jeringa de 50 ml.  
 sustanciá lubricante  
 pinzas hemostáticas varias  
 un par de guantes  
 tela adhesiva  
 un aspirador

Con la colocación precóz de una sonda gástrica cabe formarse la idea de la gravedad de la hemorragia. Al mismo tiempo sirve pa-

ra aplicar las medidas terapéuticas.

En la hemorragia por varices esofágicas el taponamiento y compresión de éstas con la sonda de Sengstaker-Blakemore puede representar una medida salvadora. La sonda de Sengstaker-Blakemore se compone de tres vías y tiene un balón superior en forma de salchicha (capacidad de repleción de aproximadamente de uncs - 50 ml. de aire) para el esófago y un balón más pequeño (capacidad de 50 ml. de aire) que debe situarse inmediatamente por debajo del cardias. Estos balones pueden llenarse asimismo con agua helada. Antes de la introducción de la sonda se comprobará el volumen de los balones con un llenado de prueba.

#### 8.- Instalar oxígeno al paciente.

- El abastecimiento de oxígeno a los tejidos no sólo depende de la función pulmonar y de la presión parcial del oxígeno sino también de un suficiente volumen de circulación en el tiempo y una capacidad de portadores de oxígeno de óptima. (número de eritrocitos). El suministro de oxígeno a los tejidos es, por lo tanto, el producto de tres factores: el volumen minuto cardíaco la saturación de oxígeno arterial así como la concentración de la hemoglobina.

9.- Llevar estricto control de líquidos

- La terapéutica con infusiones para reponer la volemia y en el sentido más estricto para llevar el metabolismo hídrico y electrolítico es una de las medidas más importantes. La administración de líquidos se orienta siempre en base de los registros de la presión venosa central así como en la eliminación de los mis mos; ya que esto representa una condición necesaria para el correcto tratamiento.

10.- Colocar baumanómetro y estetoscopio para el re gistro constante de la pre sión arterial.

- La determinación de la presión arterial por el método auscul tatorio se basa en la percepción de una serie de ruidos con el estetoscopio, cuando la cápsula se coloca a nivel de la arte - ria humeral.

Durante las Acciones de Enfermería intervino la Enfermera y el médico.

EVALUACION: La pronta atención del paciente y la aplicación oportuna de la terapéutica dieron una respuesta satisfactoria del paciente.

---

**Problema Biológico****Fundamentación Científica**

---

**Hipotensión**

La hemorragia disminuye la presión arterial y, en consecuencia se reduce el retorno venoso. Por lo tanto, el gasto cardíaco - (cantidad de sangre que sale del corazón en un minuto hacia las arterias y que normalmente es de 4 a 8 litros por minuto), cae por debajo de lo normal. Existe una relación importante entre el volumen de la hemorragia, el gasto cardíaco y la presión arterial. Puede perderse un 10% del volumen total de sangre sin efecto importante de la presión arterial ni el gasto cardíaco, pero las pérdidas mayores suelen disminuir el gasto cardíaco primero más tarde la tensión, ambos pueden caer hasta cero cuando se ha perdido del 35 al 45% del volumen total de sangre. Por fortuna existe un mecanismo compensador del simpático que actúa al disminuir la presión arterial causada por la hemorragia, entonces se inicia inmediatamente los reflejos simpáticos que estimulan el sistema vasoconstrictor originando tres efectos importantes: 1) las arterias se contraen en la mayor parte del cuerpo, con lo cual aumenta considerablemente la resistencia periférica total. 2) las venas y los reservorios venosos

se contraen, con lo cual ayudan a conservar el retorno venoso en valores adecuados a pesar de estar disminuido el volumen sanguíneo. 3) la actividad cardíaca aumenta mucho, aumentando la frecuencia de latidos desde el valor normal de 72 hasta 200 latidos por minuto.

#### Cont. Hipotensión

Los reflejos son muy valiosos si hay ausencia de estos reflejos simpáticos una persona puede morir con una pérdida de sangre del 15 al 20%, sin embargo, cuando los reflejos existen, una persona puede perder de un 30 a un 40% sin que pierda la vida. Por lo tanto, los reflejos aumentan el volumen de sangre. El efecto de los reflejos para conservar la presión arterial es importante para conservar la vida en caso de una hemorragia ya que ésta se conserva casi en límites normales no así el gasto cardíaco, éste se regula más por otros factores locales de la circulación que por el sistema nervioso.

Existe otro control de la presión arterial que se lleva a cabo por el centro vasomotor en respuesta a una disminución del riego sanguíneo cerebral.

Cuando la presión arterial cae a valores muy bajos, el cerebro se vuelve isquémico, lo cual significa que hay riesgo sanguíneo

deficiente para conservar normales las funciones metabólicas - del tejido cerebral. Cuando esto ocurre, el centro vasomotor aumenta mucho su actividad, y la presión arterial general se eleva tanto que el corazón ya no puede impulsarla. Se cree que este efecto depende de la imposibilidad en que se halla el riego lento de eliminar el bióxido de carbono del centro vasomotor; la concentración local del bióxido de carbono aumenta mucho y ejerce un poderoso estímulo al sistema nervioso simpático. Este incremento de la presión arterial en respuesta a la isquemia cerebral recibe el nombre de respuesta isquémica del sistema nervioso central. Esta respuesta actúa como un control de urgencia de la presión arterial, que actúa rápidamente y en forma extraordinariamente enérgica para evitar la caída ulterior de la presión arterial siempre que el riesgo del cerebro disminuye peligrosamente acercándose al nivel letal.

#### Cont. Hipotensión

---

#### Cuidados de Enfermería

---

#### Fundamentación Científica

1.- Colocar al paciente en posición serifowler

- El reposo reduce la demanda al corazón disminuyendo de esta manera los requerimientos de oxígeno.

2.- Instalar oxígeno al paciente.

- Cuando la tensión arterial cae por debajo de los valores normales, significa que existe riego sanguíneo deficiente y por lo tanto, hay disminución en el transporte de oxígeno ocasionando que el cerebro se vuelva isquémico. Por lo que no se pueden llevar a cabo las funciones metabólicas del tejido cerebral.

3.- Canalizar vena con catéter largo central.

- Una terapéutica por medio de infusiones que puede durar varias semanas provoca lesiones de las venas superficiales de los brazos, motivo por el que es preferible canalizar una vena con catéter largo central dirigido a la vena cava. Indicación importante en pacientes con sangrado, en donde es importante llevar una medición de presión venosa central, parámetro que hace posible el estudio constante de la volemia y el rendimiento cardíaco, sin exigir gran esfuerzo. Se considera como valor normal de la presión venosa central de 3 a 4 cm. de agua. Una disminución de la presión venosa central corresponde a un déficit de la volemia. Un aumento de la presión venosa central indica por lo contrario una excesiva repleción de la vertiente extraarterial del aparato circulatorio, que puede ser debida a una hipervolemia generalizada o una sobrecarga cardíaca.

4.- Toma y registro de signos vitales.

- Para mejor vigilancia del cuadro clínico se efectúan la toma y registro constantes de los signos vitales. El indicador más importante es la tensión arterial ya que de persistir la hipotensión hemática se requerirá, además de la sangre ya transfundida de albúmina humana al 5% y otros expansores del plasma. El pulso rápido y débil indica baja de las presiones arteriales sistólica y diastólica.

- La respiración, su frecuencia y profundidad proporciona orientación de una incipiente insuficiencia respiratoria o trastornos en el metabolismo ácido básico.

5.- Llevar control de líquidos.

- Con base en el valor informativo de la presión venosa central se administrarán las soluciones indicadas por el médico elegidas por éste para su terapéutica. En tanto el paciente continúe con hemorragia gastrointestinal (taquicardia, hipotensión, salida de sangre por la sonda) no recibirá líquidos ni alimentos oralmente, sino sólo transfusiones e infusiones. Se establecerá una relación de las cantidades ingresadas y excretadas cada hora, a fin de disponer de un balance adecuado en todo momento.

6.- Ministras soluciones

- Después de grandes pérdidas de sangre la sustitución del vo-

parenterales indicadas.

lumen sanguíneo es importante y el genuino centro de la terapéutica para la sustitución del volumen se dispone en la clínica de sangre y derivados de la sangre.

Sustancias coloidales sustitutivas del plasma.

Soluciones cristaloides.

Dentro de los derivados sanguíneos se encuentra la solución de plasma-proteína pasteurizado, soluciones de albúmina humana y plasma desecado. Las ventajas de los derivados son su buena disponibilidad sin pruebas serológicas que requieren tiempo y su consecuente seguridad de no tener virus de hepatitis.

Dentro de los expansores plasmáticos coloidales se disponen de tres grupos de sustancias: gelatinas, dextranos y almidón hidroxietílico.

Los preparados de gelatina (Hemacel, Neo plasmagel, Gelifundol) muestran frente a los dextranos una menor y más breve efectividad y deben ser dosificados, por tanto, en mayor cantidad.

Dextranos tenemos Rhecmacrodex, Macrodex.

7.- Verificar y llevar registro de la presión venosa central.

La trascendencia clínica de la presión venosa central radica en que refleja la relación entre la oferta venosa y la capacidad de rendimiento del corazón derecho, sin influencia de nin-

gún otro factor.

El registro y verificación de la presión venosa central permite llevar una adecuada ministración de soluciones para recuperar la volemia. Una disminución de la presión venosa central indica hipovolemia, una presión venosa central alta indica una repleción excesiva.

8.- Mantener informado al paciente sobre cada uno de los procedimientos.

- Los pacientes que experimentan la necesidad de cuidados intensivos por la existencia de una amenaza vital, requieren de una amplia información sobre cada uno de los procedimientos a desarrollar, con el fin de conseguir disminuir la tensión y el temor a la muerte. Además, hay que responder con paciencia y detalladamente a las preguntas de los pacientes, así como aclarar extensamente, a fin de estimular la cooperación en el caso de que haya mal entendidos sobre el programa de tratamiento, exámenes previstos y estudios futuros a realizar.

Durante la realización de las acciones interviene directamente la Enfermera.

**EVALUACION:** La ejecución correcta y precisa de las acciones de enfermería dieron como resultado la corrección de la hipotensión ocasionada por hemorragia gastrointestinal.

---

**Problema Biológico****Fundamentación Científica**

---

**Taquicardia**

Taquicardia significa frecuencia cardíaca rápida en principio mayor de 100 latidos por minuto.

Las tres causas generales de taquicardia son: aumento de la temperatura corporal, estimulación del corazón por el simpático y estados tóxicos del corazón.

En el paciente con problemas de hematemesi se presenta la taquicardia por estímulo del sistema nervioso simpático. El sistema nervioso simpático presenta una acción excitadora, estimulante en varios órganos, las fibras nerviosas que llegan al corazón aumentan la actividad cardíaca. Ello se logra incrementando la frecuencia e intensidad de los latidos. La estimulación parasimpática causa efectos opuestos disminuyendo la actividad global del corazón. Sin embargo, por desgracia, la estimulación simpática también aumenta considerablemente el metabolismo cardíaco, mientras que la estimulación parasimpática disminuye sus necesidades y permite al corazón cierto grado de reposo.

La mayor parte de vasos sanguíneos del cuerpo, especialmente los de las vísceras abdominales y de la piel de las ex -

tremidades, se constriñen cuando hay estimulación simpática. El efecto de la estimulación simpática sobre la presión arterial es aumentando la propulsión del corazón como la resistencia al peso de la sangre, lo cual puede hacer que la presión aumente considerablemente.

Por otra parte, la estimulación parasimpática disminuye la eficacia de la bomba cardíaca, reduciendo algo la presión, aunque no tanto como el simpático la aumenta.

De lo anterior se deduce que el sistema nervioso simpático aumenta en diversas formas la capacidad del organismo para llevar a cabo una actividad energética ante una situación de alarma como la hemorragia masiva, aumentando la presión arterial, el riego sanguíneo y produciendo taquicardia que viene a ser una reacción de lucha.

Cont.  
Taquicardia

---

#### Cuidados de Enfermería

---

#### Fundamentación Científica

1.- Mantener al paciente en reposo.

- Generalmente el paciente que presenta vómito de sangre se encuentra bastante excitado y atemorizado, por lo que es necesario mantenerlo sedado.

2.- Toma y registro de signos vitales.

- Los signos vitales son revisados frecuentemente hasta que se estabilizan, y a partir de entonces a intervalos breves. La presencia de aprehensión acompañada de sed, de un pulso y respiración elevados, y de una disminución progresiva de la presión arterial puede indicar un sangrado adicional. El pulso se encuentra con la frecuencia aumentada por la hiperactividad adrenérgica, resultante de la liberación de catecolaminas.

Respiración.- Es importante la buena ventilación. Las células, que toleran mal una perfusión deficiente, sufren mucho más aún, si la escasa sangre que les llega está en hipoxia. Por lo anterior, se insiste que los cuidados dispensados a la circulación deben ser otorgados simultáneamente a la respiración. Las principales causas de insuficiencia respiratoria aguda se debe a obstrucción de vías aéreas (por coágulos, secreciones bronquiales y contenido gástrico aspirado). La función respiratoria se halla bastante reducida debido a la deficiencia circulatoria cerebral y a la consecuente de presión de los centros respiratorios.

3.- Preparar equipo para instalar catéter largo.

- La introducción de un catéter debe de tener ciertas características como son: el material debe ser suave a los tejidos y que den contraste bajo los rayos "X" que contengan cloruro de polivinilo siliconizado que son los que llevan suavizantes que se difunden dentro de los vasos lentamente y pueden influenciar así la compatibilidad de los tejidos y vasos, el diámetro debe ser de 1 mm para hacer posible la medición de la presión venosa y la aplicación rápida de infusiones y transfusiones.

Los accesos a la vena cava se pueden realizar a través de las siguientes venas periféricas:

- 1.- Vena mediana cubital y vena cefálica.
- 2.- vena subclavia
- 3.- Vena yugular externa e interna
- 4.- Vena braquiocéfálica
- 5.- Vena safena mayor y vena femoral.

4.- Ministrar soluciones parenterales, sangre o plasma indicados por el médico.

- Dentro de la terapéutica, la restitución de la volemia es de vital importancia, motivo por el que se debe de ministrar inmediatamente una solución por vía intravenosa que puede ser solución de lactato de Ringer o con solución glucosada

al 5%, o bien con expansores del plasma tales como plasma o dextrán, en tanto pueda determinarse el grupo sanguíneo y se practiquen las pruebas cruzadas.

Una vez realizada la tipificación de la sangre y practicadas las pruebas cruzadas, se determinará la transfusión con base en la hipotensión y la taquicardia así como los resultados de la biometría hemática y del volumen sanguíneo.

#### 5.- Control de líquidos.

- El control diario de los valores de electrólitos en el suero y orina, la determinación exacta de los ingresos y pérdidas y el examen del peso específico de la orina, así como la valoración de eventuales pérdidas por la sonda gástrica y drenajes, junto con la medición de la presión venosa y la determinación del hematocrito son magnitudes necesarias para realizar una terapéutica hídrica y electrolítica bien orientada.

#### 6.- Toma y registro de la presión venosa central.

- La presión venosa central es la presión existente en las grandes venas de retorno directo al corazón. Es un hecho relevante que la presión de un reservorio venoso resulta de la presión arterial que le es transmitida a

través del lecho capilar. Por consiguiente, la presión venosa central depende también de la interrelación de efectos de los componentes básicos de la circulación, que son: acción de la bomba cardíaca, volumen sanguíneo circulante y tono vascular. Permaneciendo constantes los otros dos componentes, la presión venosa central varía directamente con el volumen sanguíneo; indirectamente con el valor de la bomba cardíaca, decrece con la vasodilatación y se eleva con la vasoconstricción.

Cont. Toma y Registro de la  
presión venosa central.

El conocimiento de la presión venosa central y sus relaciones con la acción de la bomba cardíaca, volumen sanguíneo y tono vascular, permite la evaluación dinámica circulante. Ella ofrece minuto a minuto, la relación entre el volumen sanguíneo y la capacidad cardiovascular existente y se presta para juzgar la capacidad del corazón para bombear el volumen que a él retorna, latido por latido.

La presión venosa central refleja la relación entre el volumen sanguíneo circulante y la capacidad cardiovascular total, constituyendo por eso un excelente índice de volumen sanguíneo relativo a la capacidad de la bomba cardíaca, no

pudiendo, empero, ser índice de una o de otra. Por reflejar la función cardíaca y la exactitud del volumen sanguíneo, con relación al espacio vascular, las informaciones dadas por la presión venosa central son de indudable valor terapéutico. Las más notables informaciones provistas por la presión venosa central son el estado de la volemia y la capacidad de la bomba cardíaca. Estas son las informaciones más importante para el reconocimiento hemodinámico presente, con los valiosos datos del estado de la volemia y de la capacidad de la bomba cardíaca se torna más fácil aquilatar el grado de interferencia de las demás alteraciones hemodinámicas.

Durante las acciones intervienen directamente la Enfermera, el Médico y el Técnico de Laboratorio.

**EVALUACION:** De acuerdo a la prontitud, exactitud y eficiencia en la aplicación de la terapéutica, el paciente respondió en forma favorable al tratamiento.

---

 Problema Psicológico
 

---



---

 Fundamentación Científica
 

---

## Angustia

La angustia es una respuesta global de la personalidad en situaciones en que el sujeto experimenta amenazada su existencia.

Fisiológicamente la angustia es un mecanismo de defensa - que actúa como una reacción de alarma. Se presenta tan pronto como el paciente intenta defenderse del peligro vital - que amenaza su vida. Es una reacción innata en todos los individuos, aunque estos difieren constitucionalmente en la susceptibilidad de experimentarla y en capacidad para tolerarla, es decir, cada persona es diferente y presenta umbrales específicos para reaccionar.

Puede decirse que la angustia es benéfica ya que pone al individuo en un estado de alerta y lo motiva a tomar acciones que la alivien, siempre y cuando se presente en forma leve. El paciente presenta fisiológicamente cambios en la circulación, el corazón incrementa su frecuencia, la piel se observa pálida o sonrojada, pero a menudo la superficie se encuentra fría, algunas personas presentan tensión muscular re-

lada por un temblor de manos, tic facial, rigidez en los músculos abdominales y jaqueca. Como se mencionó anteriormente otras personas presentan transpiración excesiva acompañada de frío, palidez de la piel, manos frías y húmedas.

Durante la angustia el paciente puede experimentar una "denegación" que es una forma de rechazo a los pensamientos torturantes y amenazantes, viene a ser una forma especial de autodefensa que se crea el paciente a la vista de una situación extrema. Las denegaciones que se presentan constituyen la actitud defensiva más frecuente y por lo tanto, adquiere mucho interés desde el punto de vista médico por el estado de gravedad que presenta el paciente ya que afecta indirectamente a los medios terapéuticos que se emplean.

Esta actitud de denegación también puede actuar como un mitigador a la opresión del padecimiento anímico.

Es posible también que el paciente experimente otro tipo de comportamiento defensivo llamado "infantilismo" en donde el paciente adquiere actitudes infantiles, como recurso para buscar apoyo ya que se siente desamparado.

Cont. Angustia

## Cuidados de Enfermería

## Fundamentación Científica

1.- Dialogar con el paciente para infundirle confianza, informarle sobre todos los procedimientos que le van a realizar antes de iniciarlos.

El diálogo proporciona un clima afectivo logrando un efecto espiritual estabilizante, la tensión y temor a la muerte se atenúa si el paciente experimenta el firme conocimiento de que existe un número de personas capaces de auxiliarle en todo momento.

Es preciso mencionar que la conversación con el paciente tiene un carácter voluntario por parte de éste.

2.- Escuchar al paciente sobre los temores que tiene.

Hay que provocar que el paciente verbalice sus pensamientos ante la amenaza vital de su vida a fin de manifestarle apoyo e información.

La respuesta a las preguntas debe ser en forma detallada (previa autorización médica) a fin de estimular la colaboración del paciente hacia su tratamiento.

3.- Proporcionarle un ambiente lo más tranquilo posible para evitar tensiones.

Un ambiente tranquilo orientado hacia una acción terapéutica desarrolla una acción potencial muy tranquilizante, puesto que en la conciencia del paciente en situaciones de amenaza vital equivale a disminuir su tensión y temor.

4.- Respetar el sueño del paciente ya que difícilmente lo consigue.

Es frecuente el insomnio del paciente ante la angustia de dormirse y no despertar, por lo que se afecta continuamente el ritmo normal del sueño. Motivo por el que hay que extremar los cuidados para hacer el menor ruido posible.

El paciente con continuas interrupciones en su sueño se despierta por la mañana poco descansado y recuperado, el déficit del sueño favorece durante el día la formación de situaciones disfóricas-depresivas, lo cual dificulta posteriormente el tratamiento del paciente.

5.- Ayudarlo a tener confianza en sí mismo y seguridad.

La terapéutica empleada por el personal médico y de enfermería que tratan de ayudar al paciente no es suficiente; debido al estado psicológico en que se encuentra el paciente. Motivo por el que la ayuda de los familiares o de algún amigo íntimo junto con la terapéutica empleada logran ayudar al paciente en su confianza y seguridad.

En caso de que los familiares se encuentren afectados desde el punto de vista emocional es recomendable que tengan una entrevista con el médico tratante para que les informe y resuelva sus dudas y una vez tranquilizados pueden colaborar en mejor forma en la restitución de la confianza de su paciente

6.- Proporcionarle seguridad, orientándolo sobre cómo se podrá comunicar con la enfermera enseñándolo a manejar el timbre de su habitación .

7.- La enfermera programará actividades recreativas al paciente, si su estado lo permite.

El paciente presenta un fenómeno llamado "infantilismo", por lo que se muestra con sentimientos de desamparo y busca una dependencia total, ligado a grandes deseos de apoyo y aferramiento. A consecuencia de esta reactualización infantil, se reprimen completamente las modalidades adultas (rechazo), los riesgos infantiles resultantes son una premisa psíquica importante para la aceptación de los procedimientos terapéuticos. Con estas limitaciones psíquicas el paciente necesita no sentirse desamparado, abandonado o solo, por lo que es conveniente tranquilizarlo, e informarle que no está solo y que si necesita algo oprima el botón que está a su lado y al timbrar la enfermera acudirá. Este dispositivo eléctrico contribuirá a proporcionar seguridad al paciente.

Una vez superada la amenaza vital, el paciente tolerará lentamente actividades recreativas como leer el periódico, una revista o escuchar un poco de música, incluso se sentirá - con ánimos de conversar con otros pacientes, médicos, enfermeras, amigos o familiares.

8.- Observar frecuentemente al paciente, con el fin de detectar algún signo de angustia.

La observación constante sobre los signos y síntomas que preserta el paciente durante la terapéutica empleada así como la respuesta a ella y su evolución, deben ser registrados minuciosamente e informar al médico en caso de presentarse alguna alteración detectada que puede originar una recaída de graves consecuencias.

Durante las acciones interviene directamente la Enfermera.

EVALUACION: Los cuidados realizados ayudaron a que desaparecieran la angustia del paciente.

**M i e d o**

El miedo es un trastorno psíquico reactivo en pacientes con amenaza real vital, es una reacción que se presenta ante un peligro real, se presenta inmediatamente después de percibirse de la gravedad de la enfermedad. El paciente experimenta una inseguridad llena de temor. Se trata de una vivencia psíquica oprimente y específica; el paciente presenta síntomas de ser perseguido, atemorizado hasta una excitación, en algunos casos pánico, o un impedimento psicomotor por el miedo hasta llegar a estupor (con inmovilidad total, rigidez muscular y mirada fija hacia arriba por el miedo). Estos grandes temores disminuyen cuando el paciente ingresa al hospital y está seguro de recibir asistencia médica. La actividad inmediata del equipo de salud así como el ambiente y el tratamiento medicamentoso desarrolla una acción liberadora del temor. A continuación puede presentar sentimientos depresivos que están ligados al sistema vegetativo. Por encima de esto se hace palpable las consecuencias efectivas de analgésicos y psicofármacos. Los sentimientos depresivos y los temores constituyen un ti

po de reacción emocional al choque provocado por la vivencia de la enfermedad.

Estos signos aparecen más como un estado de agotamiento (de presión de agotamiento) que como actitud depresiva manifiesta. Se trata de preocupaciones mentales anímicas en dirección a la absoluta necesidad de sobrevivir. Estas preocupaciones llevan consigo una autoocupación hipocondríaca secundaria, y los temores depresivos se exteriorizan en forma de situaciones de tensión en espera de la agravación de los síntomas. Por otra parte, culminan en temor a la muerte en forma de crisis, por ejemplo, cuando un paciente confunde una habitación llamada de moribundo, o bien cuando se entera de la muerte de otro paciente.

Durante el tratamiento no es frecuente que los pacientes expresen espontáneamente sus sentimientos depresivos. El exteriorizar espontáneamente la situación emocional es consecuencia de la preocupación excesiva con la idea y las sensaciones de tener que sobrevivir y la consecuencia de las mentiras, motivadas inconscientemente. Debido a este comportamiento, tienden los médicos a menospreciar los trastornos psi-

Cont. Miedo

quicos.

Se ha observado que los pacientes que se hallan en habitaciones individuales tienen un miedo mucho más acentuado a la distancia espacial que los separaba del equipo médico. Por el contrario, los pacientes en habitaciones múltiples se sienten emocionalmente más protegidos y consiguen exteriorizar más libremente sus sentimientos.

Ccnt. Miedo

Cuidados de Enfermería	Fundamentación Científica
1.- Llamar al paciente por su nombre .	La estructuración de una firme relación objetiva con el paciente mediante la identificación podrá dar como resultado la captación de necesidades especiales del enfermo y conocer los motivos esenciales de su malestar.
2.- Comunicar al paciente los procedimientos a realizar antes de iniciarlos.	Los temores disminuyen cuando el paciente está seguro de que el procedimiento a realizar es con el fin de proporcionarle una asistencia médica acompañada de un tratamiento <u>médicamentoso</u> que le ayudará a la resolución de su problema. Asimismo, no experimentará trauma si se le orienta previamente.

3.- Efectuar las acciones con seguridad y diligencia

El paciente capta con gran exactitud las diferencias de calidad en el trato terapéutico y la conducta del equipo de salud. Esto se aplica a la falta de seguridad en la situación terapéutica y a faltas momentáneas de capacidad y captación psíquica. Esto último atañe por ejemplo a la deficiente aceptación que manifiestan los pacientes a raíz de fallas, reales o imaginarias, por parte del equipo de salud. En estas condiciones el paciente reacciona rápidamente con agravación de los trastornos psicorreactivos y esencialmente de sus temores depresivos.

4.- Mantener conversación o diálogo con el paciente.

Con la finalidad de captar plenamente los mecanismos defensivos del paciente que pueden desviar la terapéutica correcta, se fomentará la conversación siempre en forma voluntaria. Dentro de los diferentes tipos de comportamientos defensivos del paciente se encuentran: hipocondría secundaria, infantilización y negación..

Durante las acciones interviene directamente la Enfermera.

EVALUACION: El miedo del paciente desapareció paulatinamente al irse resolviendo su problema

---

**Problema Sociocultural**


---

**Fundamentación Científica**


---

**Alcoholismo**

El alcoholismo es una enfermedad progresiva y crónica que se manifiesta en el individuo como la imposibilidad para abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas.

Actualmente no existe una definición satisfactoria de alcoholismo, han surgido ciertas dificultades para tratar de alcanzar una definición consensualmente aceptable de alcoholismo. Se ha propuesto que el término "alcoholismo" sea sustituido por la frase "síndrome de dependencia al alcohol" (Edwards y cols. 1977). Un abordaje similar se adoptó en la reciente revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Desde enero de 1979 el término preferido en la CIE ha sido el de "Síndrome de dependencia al alcohol", con el de "alcoholismo" enumerado como término de inclusión.

En la evaluación práctica de un paciente que se presente con problemas debidos al alcohol ha de tomarse en consideración los siguientes factores:

- 1.- El patrón de ingestión del alcohol

- 2.- El grado de dependencia, si la hay.
- 3.- Las incapacidades médicas o no médicas inducidas por el consumo de alcohol.
- 4.- Los resultados de períodos pasados o actuales de cuidados y tratamientos.
- 5.- Los puntos en contra y a favor en el medio ambiente del individuo que pueden promover o frenar el consumo del alcohol.

La prevalencia exacta del consumo del alcohol se desconoce. Como es natural debido al estigma social y legal con mucha frecuencia se oculta la realidad.

Sin embargo, existen indicadores no directos de la prevalencia de las incapacidades derivadas del alcohol, que incluyen la dependencia. Es posible encontrar argumentos en contra de la validez de cada uno de ellos, pero cuando la mayoría de estos indicadores coinciden en apuntar en una dirección, es permisible extraer conclusiones generales sobre las alteraciones temporales de la prevalencia.

Los niveles de consumo nacional de las bebidas alcohólicas determinan tanto como reflejan la prevalencia de la depen-

Ccnt. Alcoholismo

dencia y otros problemas relativos al consumo de alcohol. Los números elevados de consumo nacional connotan un alza en el número de bebedores y que se correlacionan con el aumento de alcoholismo en la frecuencia de muerte por cirrosis hepática.

La dependencia al alcohol es un importante factor contribuyente en la frecuencia de muertes por cirrosis.

Los aspectos socioculturales que afectan la aceptabilidad y disponibilidad del alcohol con las características más determinantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligroso. Únicamente las fluctuaciones que ocurren en estos aspectos podrían explicar las variaciones tan amplias que llegan a observarse en distintos países y razas en lo que respecta a los problemas que ocasiona el alcohol, como son aumento de accidentes, delincuencia, empobrecimientos, desintegración familiar, neurosis, machismo, desviaciones sexuales e incluso inclinaciones personales de tipo intelectual o artístico. Un estudio realizado por (Rosenberg 1969) en 16 familias de adolescentes adictos al alcohol encontró que había patología psiquiátrica en 21 de los padres,

Cont. Alcoholismo

y que los trastornos comunes eran alcoholismo en los padres y depresión mental en las madres.

Dentro de los aspectos psicológicos los efectos del alcohol se localizan en el sistema nervioso central, afectando primero las funciones cerebrales superiores que están a cargo de la conciencia sobre la conducta y el dominio de sí mismo. La liberación resultante de la ansiedad y la inhibición producen euforia y una estimulación aparente que aumenta la locuacidad y la actividad motora. Conforme se continúa bebiendo, las respuestas en los estímulos se vuelven más lentas y se empiezan a sentir los trastornos musculares, sobreviene entonces la torpeza característica.

El consumo de alcohol afecta de manera adversa las capacidades de procesar información como por ejemplo, la habilidad de resolver problemas o memorizar, y reduce el funcionamiento del individuo ante reacciones complejas como por ejemplo la que se necesita para manejar autos. Los núcleos oculomotores sufren trastornos, lo cual ocasiona estrabismo y visión doble. Las cantidades excesivas de consumo de alcohol producen sedación o incluso estados de coma. La muerte pue-

Cont. Alcoholismo

de sobrevenir cuando se ingiere mucho alcohol en forma rápida.

Cont. Alcoholismo

La depleción del sistema nervioso se acompaña de una disminución en la actividad electroencefalográfica.

En conclusión, se puede decir que el alcohol produce problemas severos desde el punto de vista social, psicológico y biológico.

---

Cuidados de Enfermería

---

Fundamentación Científica

1.- Orientar al paciente sobre la existencia de grupos de apoyo como el de "alcohólicos anónimos".

Existe una sociedad fraternal llamada Alcohólicos Anónimos (A.A.) que ha resultado de la fuerza simple más efectiva en la rehabilitación de pacientes alcohólicos. La filosofía de esta organización está comprendida en lo que ellos llaman "doce pasos" que es una serie de proposiciones acerca del alcohol y alcoholismo, que guíe al paciente a la recuperación. La filosofía de los AA recalca, en particular, la práctica de la restitución, la necesidad de ayudar a otros alcohólicos, la esperanza en Dios, la confesión de grupo y la creencia de que el alcohólico tiene poder sobre el alcohol. También recalca el plan de 24 horas, en el que el alcohóli-

co se priva durante 24 horas del alcohol (un concepto inspi  
rado en el Sermón de la Montaña), como medio para facilitar  
el mantenimiento de la sobriedad. Aunque faltan estadís  
ticas cuidadosas, se sabe que alrededor de la mitad de los  
miembros que expresan algo más que un interés pasajero en  
el programa, no tiene recaídas, y que otros sí las tienen,  
pero se recobran.

Los métodos empleados por AA no son adecuados para todos los  
pacientes, y algunos prefieren el enfoque más personalizado  
que ofrecen algunas clínicas y centros especializados para  
el tratamiento del alcoholismo.

Los doce pasos de AA en los que se basa su filosofía son:

PRIMER PASO: Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol  
y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.

SEGUNDO PASO: Llegamos al convencimiento de que sólo un po-  
der superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano -  
juicio.

TERCER PASO: Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vi-  
das al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.

CUARTO PASO: Sin ningún temor, hicimos un inventario moral

de nosotros mismos.

QUINTO PASO: Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.

SEXTO PASO: Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.

SEPTIMO PASO: Humildemente le pedimos a Dios que nos librase de nuestros defectos.

OCTAVO PASO: Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

NOVENO PASO: Reparamos directamente a cuántos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

DECIMO PASO: Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.

UNDECIMO PASO: buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para aceptarla.

DECIMO SEGUNDO PASO: Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos.

Durante las acciones interviene la Enfermera, el Médico y los familiares.

EVALUACION: La constancia y los consejos logran motivar al paciente y a la familia para que se integren a estos grupos de apoyo, los resultados se ven a largo plazo, si es que el paciente se incorpora al grupo de A.A.

(34) Alcohólicos Anónimos. Los doce pasos. (37a. ed.) México, Ed. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. 1986. p. 78

#### 4. VALORACION DE LA METODOLOGIA DE TRABAJO

##### 4.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

El diagnóstico de enfermería fue acorde a los problemas detectados por medio de la percepción crítica de la enfermera y de acuerdo a las necesidades que presentó el paciente, para poder mantener su equilibrio biopsicosocial.

La jerarquización de los problemas se basó en primer lugar a los detectados en el área biológica, ya que estos tenían implicación vital; el plan de atención de enfermería en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud fue satisfactorio.

En segundo lugar, los detectados en el área psicológica, se trato la angustia y el miedo en forma simultanea, ya que la primera dió origen a la segunda. El plan de atención de enfermería, junto con el equipo de salud y la familia lograrón la desaparición de los problemas, a medida en que el paciente fue evolucionando.

En tercer lugar, se detectó en el área sociocultural el problema de alcoholismo; el plan de atención de enfermería fue acorde a la problemática del paciente logrando su aceptación a incorporarse a grupos de apoyo como el de.A.A., y así poder integrarse al medio social al que pertenece, se observó

interés acentuado por parte de los familiares para dar apoyo y ayudar a su paciente.

El diagnóstico de enfermería junto con el diagnóstico médico solucionaron la problemática del paciente.

La valoración del plan de atención de enfermería fue continua, confrontándose los resultados con los objetivos propuestos.

#### 4.2 EL TIPO Y DISEÑO

El tipo y diseño del plan fue flexible y acorde a la problemática del paciente; se mantuvo coordinación con el equipo de salud, para lograr la solución del problema, logrando que el paciente no perdiera la vida gracias a la coordinación, eficiencia y prontitud de las acciones terapéuticas.

#### 4.3 TECNICAS DE INVESTIGACION

Las técnicas de investigación empleadas fueron: la observación y registro de los datos, la entrevista, las fichas de trabajo y la historia clínica de enfermería; la observación nos permitió relacionar los hechos que se detectaban en el problema del paciente complementando con los datos obtenidos de la entrevista realizada. La correlación y relación de esto permitió la elaboración del plan de actividades de enfermería. La entrevista indirecta realizada a los familiares pro

porcionaron datos de suma importancia sobre el padecimiento del paciente, detectándose preocupación por la salud del mismo y se observó su ansiedad y diligencia para tratar de colaborar en el tratamiento y rehabilitación de su familiar.

Las fichas de trabajo permitieron un conocimiento científico de la enfermedad logrando una mejor fundamentación del plan de atención de enfermería.

La Historia Clínica de Enfermería permitió un conocimiento real sobre los antecedentes y hábitos sociales y culturales del paciente, lo que sirvió para no alterar en la medida que fue posible las rutinas del paciente.

#### 4.4 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

El plan de atención fue flexible y evaluado durante todo el Proceso de Atención de Enfermería.

Respecto al plan de atención del área psicológica, se logró el objetivo dando como resultado la disminución de angustia y la colaboración del paciente a su tratamiento.

Respecto al área sociocultural se logró la sensibilización de los familiares respecto a que proporcionaran su apoyo y ayuda al familiar, pero se observa que difícilmente el paciente cambiará su hábito de alcoholismo que se inició durante su adolescencia.

## 5. EXTENSION AL HOGAR.

### 5.1 ASPECTOS DE PROMOCION A LA SALUD.

Los aspectos de promoción a la salud son dirigidos hacia el individuo, familia y comunidad, que para poder llevar a efecto ésta promoción es necesario realizar charlas intra y extra muros del hospital; en primer lugar se tratará la prevención primaria de la enfermedad.

#### Saneamiento Ambiental.

Dentro del saneamiento ambiental se considera:

- El uso y manejo del agua potable, para lo que se recomienda hervir el agua durante 20 minutos en un recipiente limpio, una vez hervida se vaciará a otro recipiente con el fin de airearla, dejándola en el recipiente que se utilizó para hervirla, en un lugar fresco y cubierta.

- Higiene en el manejo de los alimentos, que se llevará a cabo siguiendo los siguientes pasos:

Lavar con agua corriente y a chorro las frutas y verduras - que se comen crudas.

La leche no pasteurizada debe hervirse durante 15 minutos.

Las carnes de cualquier clase deben ser cocidas, fritas o - asadas perfectamente.

Los alimentos como la leche, mantequilla, quesos, y maris- cos deben ser refrigerados o comprar solamente el que se va a consumir ese día.

Proteger los alimentos del polvo, los insectos y animales domésticos ya que éstos pueden contaminarlos.

Siguiendo estas precauciones se evitará la descomposición de los alimentos y se tenga que tirarlos afectando la economía del hogar.

Hábitos higiénicos: Al preparar los alimentos, lavarse las manos a chorro de agua, utilizando estropajo y jabón para su limpieza, antes de preparar y servir los alimentos y sobre todo después de ir al excusado, pues las manos contaminadas con materia fecal llevarán los microbios causantes de enfermedades graves.

Tener siempre las uñas cortadas.

Taparse la boca al estornudar, pues las gotitas de saliva llevan microbios y contaminan los trastos y alimentos que están descubiertos.

No recibir dinero ni saludar cuando se están preparando los alimentos.

Asear frecuentemente la cocina pues las cucarachas, moscas y ratas contaminan los alimentos.

La disposición de excretas: Es importante crear conciencia a la población sobre la importancia que tiene la disposición de excretas al aire libre y el gran daño que le hace a la -

salud.

La disposición de la basura.

Es otro aspecto muy importante para conservar la salud. Se recomienda recoger la basura diariamente y colocarla en recipientes y botes especiales que reúnan las siguientes características: ser impermeables, resistentes, y estar provistos con tapas bien ajustadas. Entregar la basura diariamente al carro recolector.

#### Higiene de la Vivienda:

Es conveniente dar orientación de la vivienda, que debe contar con paredes fáciles de limpiar al igual que los pisos, evitar hendiduras donde puedan anidarse animales que perjudican la salud. El número de habitaciones con que cuenta una vivienda debe tener presente que no es conveniente que adultos y niños duerman en la misma habitación, lo ideal es que cada miembro de la familia disponga de una habitación pero si esto no es posible, por lo menos dedicar un cuarto exclusivo para los niños y otra para los adultos.

Se debe evitar la promiscuidad con los animales en los dormitorios, los perros y gatos y demás no deben dormir en la misma habitación que las personas y menos aún en la misma cama.

#### La iluminación y ventilación:

La vivienda debe disponer del número suficiente de ventanas y tragaluces que aseguren una buena iluminación y ventilación.

La ventilación es una condición indispensable para que el aire se renueve, esto se consigue con la disposición correcta de puertas y ventanas.

El ornato de la vivienda hará que se refleje el deseo de disfrutar lo mejor posible del hogar, esto se hace de acuerdo al gusto y a las posibilidades económicas de cada persona.

#### Higiene personal:

La higiene personal de niños, adolescentes, adultos y de toda la comunidad es una medida preventiva de enfermedades.

La higiene personal es básica para conservar la salud y mejorarla, implica un considerable número de hábitos que influyen de manera determinante en la salud por eso es necesario que se laven las manos antes de manejar o consumir los alimentos y después de ir al excusado; el baño diario, el aseo de los dientes después de cada comida, el ejercicio con regularidad y de acuerdo a su edad y sexo. Es importante que la comunidad entienda la importancia que tiene el ejercicio físico, el reposo y la recreación para la salud. Por lo que debe indicarse el hábito de dedicar una parte de cada día a estas actividades.

El ejercicio físico, el reposo y la recreación:

El ejercicio físico constituye el mejor estímulo para la circulación de la sangre, desarrolla sistema muscular, aumenta la capacidad respiratoria, ayuda de manera importante a la digestión y favorece el sistema nervioso.

El reposo es necesario después de que el cuerpo ha sido sometido a ejercicio físico y mental, por lo que es necesario que toda persona duerma de 6 a 8 horas diarias.

La recreación, es un medio eficaz para lograr tranquilidad emocional y la alegría tan indispensable para vivir mejor, por esta circunstancia la recreación no debe considerarse como algo secundario, por el contrario, ha de tenerse como una necesidad y ha de programarse según las posibilidades de la localidad de cada individuo en particular.

En conclusión, la vida de un individuo debe dividirse en horas para trabajar, horas para reposar y horas para ejercicio y recreación.

#### La higiene mental:

Es otra medida de prevención, es conveniente propiciar el desarrollo de la personalidad mediante la comunicación y orientación que deben tener los padres hacia los hijos, los maestros con los alumnos y así en conjunto, lograr una personalidad sana; sin embargo, es necesario un ambiente social

económico y cultural favorable de lo contrario, sus resultados no tendrán el éxito deseado.

La ignorancia, la miseria, las desigualdades sociales, y la falta de oportunidades entre otras, son condiciones que deberán tomarse en cuenta. Aunque son problemas que dependen no de situaciones de salud sino más bien de las características del sistema socioeconómico.

## 5.2 ASPECTOS DE PROTECCION ESPECIFICA

Entre los aspectos de protección específica se orienta a la familia y comunidad sobre el daño y perjuicio que trae el hábito del alcohol.

El uso frecuente del alcohol obstaculiza al individuo en forma significativa en sus relaciones familiares, trabajo y sociales. Esta bebida que se expende sin restricción alguna afecta la economía familiar y la desintegración de la misma, a menudo se le conoce como el psiquiatra de los pobres.

Es conveniente concientizar a la familia y comunidad para que aprendan a racionalizar el uso de este depresor que generalmente se le considera como un estimulante siendo realmente un depresor y sedante. La familia debe pensar que el medio influye sobre los niños y si la familia consume en forma continua el alcohol, se observará una mayor incidencia de alcoholismo en los hijos.

### Medidas preventivas:

- Desarrollar una labor de salud mental, a fin de estructurar mejor la personalidad, pues una gente sana puede consumir alcohol pero no ser alcohólica.
- Un hogar estable, donde exista respeto entre todos, donde ambos cónyuges sean responsables, donde los hijos tengan la oportunidad de desarrollarse libremente, nunca dará lugar a que surja un enfermo alcohólico.
- Las escuelas juegan un papel importante en la prevención del alcoholismo, un buen maestro forma a sus alumnos, lo que implica la creación de una personalidad sana y capaz de resolver tensiones y angustias de la vida diaria. Además, la enseñanza sobre los problemas sociales que acarrea el alcoholismo, los hará tomar una conciencia real de la situación y así poder contribuir de alguna manera, para disminuir el índice del consumo de alcohol.

### 5.3 ASPECTOS DE REHABILITACION

La rehabilitación del alcohólico se lleva a efecto en tres aspectos principales:

- Tratamiento medicamentoso: Destinado a combatir los efectos del alcohol y lograr el mejor grado de condición física del sujeto.
- Tratamientos psicoterápico: Puede ser de tipo familiar, in

dividual o de grupo, según el caso. De cualquier modo, el alcoholismo debe considerarse como un problema de toda la familia, por lo que los cónyuges e hijos deben recibir - orientación sobre cómo contrclar, apoyar y tolerar a un enfermo alcohólico.

- También es conveniente encauzar al paciente con los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación.

La readaptación social se inicia generalmente dentro de una Institución, a través de terapéutica ocupacional y socioterapia. Cuando es necesario, se realiza orientación vocacional.

Es conveniente la intervención del psiquiatra, pero no en forma aislada sino en forma multidisciplinaria con psicólogos, enfermeras, y trabajadoras sociales.

La familia del alcohólico también necesita apoyo médico especialmente para evitar problemas en los hijos y así poder estudiar otros problemas que influyan en el alcoholismo.

## 6. CONCLUSIONES GENERALES

### 6.1 DEL CASO ESTUDIADO

Los objetivos propuestos en el caso clínico de Hematemesis no se lograron satisfactoriamente, ya que las cifras de morbimortalidad de pacientes con problemas de Sangrado Gastrointestinal, se verán a través del tiempo, es decir, el objetivo general no es a corto plazo. Los objetivos específicos si se lograron, el objetivo correspondiente al área biológica, evitó que el paciente continuara perdiendo sangre, por medio del taponamiento, el segundo objetivo también se logró desapareciendo la angustia y el miedo por medio del diálogo, pues el paciente no sólo se tranquilizó sino que cooperó a su tratamiento. Dentro del área cultural, se logró la sensibilización de los familiares para apoyar a su paciente y tratar de incorporarlo a su medio ambiente.

La utilización del Marco Teórico de los problemas biopsicosociales permitieron el conocimiento con fundamentación científica respecto a los problemas; el saber con certeza cuál era la acción médica y de enfermería para tratarlos en forma reflexiva y razonada.

La elaboración del diagnóstico de enfermería permitió establecer una relación de los hechos mediante el conocimiento científico y la experiencia de enfermería, se identificaron

los problemas y en ocasiones se anticipó a una posible complicación que pudiera presentar el paciente.

Respecto al Plan de Atención de Enfermería, se considera que fue acorde a la jerarquización de los problemas, dando buenos resultados por lo que se recomienda la aplicación de este plan de atención a otros pacientes que presenten Hematemesis por Sangrado Gastrointestinal. De esta manera la enfermera podrá contar con un instrumento ya planeado, que le permitirá mayor organización y control en su trabajo. Una buena planeación de la Atención de Enfermería y con fundamentación científica, permitirá una mejor coordinación con los integrantes del equipo de salud.

La evaluación continua del trabajo realizado permitió la aplicación de alternativas de solución durante el Proceso de Atención de Enfermería, corroborando de esta manera la flexibilidad y dinamismo del Plan de Atención dando como resultado el logro de los objetivos ya mencionados.

Por lo que respecta a la Proyección al Hogar, el individuo y su familia realizarán actividades para mejorar su salud y ayudar en la rehabilitación de su paciente.

Asimismo, se concluye que el presente Proceso de Atención se puede recomendar para aquellos pacientes con Hemorragia Gastrointestinal del Sistema Digestivo alto.

## 7. GLOSARIO DE TERMINOS

### A

**ALDOSTERONA.-** Es una hormona producida por la corteza suprarrenal; puede considerarse un mineral corticoide que provoca la retención o aumento de la resorción de sodio por el epitelio del túbulo renal, respecto al potasio la aldosterona aumenta notablemente el ritmo de secreción del mismo hacia los túbulos, y por lo tanto, una excreción notable de potasio por la orina.

**ANASTOMOSIS.-** Comunicación entre dos vasos o nervios; cuando dos vasos se unen boca a boca se habla de anastomosis por inculación; si la unión de dos vasos paralelos se establece por los dos cabos del vaso más corto, se habla de anastomosis en paralelo.

**ANGUSTIA NORMAL.-** Es un gran dolor provocado por una grave desventura. Puede decirse también que es una señal experimentada por el YO ante una situación de amenaza, que puede ser traumática motivo por el que salen a flote los recursos defensivos.

**ANGUSTIA PATOLOGICA.-** Es un estudio psíquico de debilidad, pena, preocupación que provoca en el plano físico una serie de trastornos cardíacos, respiratorios, digestivos, etc.

**ANOREXIA.-** Falta de apetito. Que puede ser mental o nervio-

so. En psiquiatría es un síndrome observado especialmente en mujeres jóvenes caracterizado por un rechazo a la ingestión que lleva a una rápida emaciación. (enflaquecimiento extremo).

**ARTERIOLAS.-** Pequeñas ramas arteriales que regulan la magnitud del flujo sanguíneo en cada tejido. Aproximadamente el 50% de la resistencia al flujo de sangre en el circuito mayor ocurre en las arteriolas. Las arteriolas poseen una pared muscular muy potente de manera que su diámetro puede aumentar de tres a cinco veces. Las paredes del músculo liso de las arteriolas reaccionan a dos clases de estímulos que regulan el caudal sanguíneo. Primero reaccionan a las necesidades locales de los tejidos y aumentan el caudal sanguíneo cuando el suministro de nutrimentos es muy escaso, o disminuye el caudal cuando el aporte de nutrimentos es excesivo.

**ASCITIS.-** Hidropesía de la cavidad abdominal. Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal a veces con un volumen de 15 a 20 litros, producidos por exudación o trasudación. Este líquido es de color claro amarillento, es seroso y se coagula por el reposo una vez fuera de la cavidad peritoneal.

**C**  
**CATECOLAMINAS.-** Nombre genérico de las aminas las más importantes son la adrenalina y noradrenalina.

**CEFALINA.-** Es un monoaminomonofosfátido que se encuentra en

el cerebro, tejido nervioso y yema de huevo. Se emplea en la coagulación experimental de la sangre.

**CIANOSIS.**- Es la coloración azul de la piel y mucosas, especialmente debida a anomalías, causa de la oxigenación insuficiente de la sangre.

**CIRROSIS.**- Es la enfermedad del hígado caracterizada por degeneración de la celdilla hepática, proliferación de los elementos del tejido celular de los estromas, el cual se retrae produciendo atrofia y degeneración, dando al órgano un aspecto granulado, de coloración amarillenta por los ácinos (grano de un racimo, puede ser cualquier lóbulo de una glándula).

**CIRROSIS ALCOHOLICA.**- Es una variedad de la cirrosis atrófica debida al uso excesivo de bebidas alcohólicas. Se caracteriza por hipertensión portal o hipotensión suprahepática.

**CRONOTROPICO.**- Acción sobre la regulación cardíaca.

## D

**DEPLECION.**- Vaciamiento o disminución de la cantidad de líquidos especialmente de la sangre del cuerpo o de un órgano, la depleción origina la hidrosalina que es un sinónimo de deshidratación orgánica, proceso en el cual junto con el agua se pierden grandes cantidades de sales.

## E

EFERENTE.- Que conduce, lleva o saca sangre, secreción o impulsos de un órgano o centro nervioso a otros más periféricos

EMACIACION.- Enflaquecimiento extremo de las personas causado por problemas morbosos por ejemplo la anorexia que se observa como parte de un síndrome psiquiátrico.

ENZIMA.- Sustancia segregada por las células vivientes, indispensables para el desenvolvimiento normal de los procesos biológicos; son catalizadores orgánicos que preceden los procesos biológicos favoreciendo todas las reacciones de síntesis y de transformación.

EPIGASTRIO.- Región superior o media del abdomen entre ambos hipocondrios y desde el apéndice xifoides hasta dos dedos por encima del ombligo.

EPISTAXIS.- Hemorragia por las fosas nasales, a la que fluye gota a gota la sangre.

ESPASTICIDAD.- Cualidad de espástico o espasmódico, constituye una forma de disminución de la pasividad neuromuscular, suele acompañarse de exaltación de los reflejos musculares.

ESPLENICA.- Vena gruesa casi rectilínea e impar, se origina en los capilares del bazo, su trayectoria va desde la cara interna del bazo por el borde superior del páncreas. Recibe las venas gástricas, pancreáticas y duodenales, su terminación -

forma con las mesentéricas el tronco de la vena porta.

**ESPLENOMEGALIA.**- Es el aumento del volumen del bazo. La esplenomegalia congestiva es el engrosamiento del bazo por hipertensión crónica de la vena esplénica.

## F

**FIBROSIS.**- Formación de tejido fibroso, es una degeneración la fibrosis arterio capilar es la oclusión de pequeñas arterias y capilares.

**FISTULAS.**- Conducto de formación patológica que establece una comunicación anormal entre el exterior y puntos más o menos profundos en nuestro organismo.

## G

**GASTO CARDIACO.**- Es el volumen y fuerza con que sale la sangre del ventrículo izquierdo hacia la aorta, se expresa en litros o mililitros por minuto. El gasto cardiaco varía en proporción con el grado de actividad de la persona. Es regulado por dos factores de grupos separados, en primer lugar los que modifican la capacidad del propio corazón para bombear sangre; en segundo lugar, los que afectan el curso de ésta desde los vasos de la gran circulación hasta el corazón.

**GLANDULA.**- Es el órgano cuya función es fabricar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre.

**GLOMERULO.-** Pequeñas masas o apilotamientos. El glomérulo renal es un penacho de capilares rodeado de una cápsula de Bowman, el glomérulo renal forma parte principal de la nefrona.

## H

**HEMATEMESIS.-** Vómito de sangre fresca, es síntoma de hemorragia gastrointestinal; su color varía del rojo al negro dependiendo del contacto de ésta con el ácido del estómago.

**HEMATINA.-** Es una albúmina, se obtiene polvo de color pardo al secarse la fibrina de la sangre. El jugo gástrico produce hematina, la que altera la coloración de la sangre cuando existe hemorragia en el yeyuno o ileon.

**HEMODILICION.-** aumento del volumen del plasma en relación al de los glóbulos rojos.

**HEMODINAMICA.-** Estudio de los principios físicos que rigen el flujo de la sangre por los vasos sanguíneos y el corazón. El corazón impulsa una corriente de sangre hacia la aorta que la distiende y produce una presión interna. Esta presión impele la sangre por arterias, arteriolas capilares venas y por último nuevamente al corazón.

**HEMOSTASIA.-** Detención espontánea o artificial de un flujo sanguíneo o hemorragia. Es también el mecanismo fisiológico por medio del cual se detiene el proceso hemorrágico en el que intervienen tres factores: la vasoconstricción del área

dañada, la adhesión y agresión plaquetaria y la coagulación sanguínea; la hemostasia puede ser definitiva por pinzamiento y la ligadura del vaso que sangra; puede ser provisional, por medio de maniobras rápidas que permiten la detención inmediata de la hemorragia mientras se busca el medio definitivo de su coerción.

HEMOSTATICO.- Que cohibe el flujo de sangre o hemorragia puede ser un agente mecánico, físico o químico que posee ésta cualidad.

HIPTENSION.- Aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea.

HIPERTENSION PORTAL.- Obstrucción del flujo sanguíneo en algún punto del sistema nervioso portal. La presión venosa portal es de 7 mm Hg mayor que la presión de la vena cava.

HIPOCONDRIO.- Región superior y lateral del abdomen a cada lado del epigastrio.

HIPOTALAMOS.- Porción del diencefalo que forma el suelo y parte de la lateral del III ventrículo; comprende el quiasma óptico, los cuerpos mamilares, el tuber cinéreo, infundíbulo o hipófisis.

HIPOTENSION.- disminución de la presión de la sangre, lo que ocasiona tendencia al síncope, cianosis, fatigabilidad y en-

friamiento de las extremidades.

**HIPOVOLEMIA.-** disminución del volumen total de sangre o de líquidos. Choque hipovolémico, disminución del volumen sanguíneo por hemorragia, pérdida de plasma produciendo descenso de la presión en la circulación general; al corazón retorna un volumen insuficiente de sangre y se produce choque.

**HORMONA.-** Sustancia química específica producida en un órgano o en determinadas células y que transportada por la circulación sanguínea por otros líquidos produce efectos específicos de activación en otros órganos o partes por ejemplo la vasopresina.

I

**INFUSION.-** Introducción terapéutica de un líquido especialmente de una solución salina, en una vena.

**INOTRÓFICO.-** Es la energía producida por las contracciones de los nervios cardíacos.

M

**MEDIASTÍNICA.-** Espacio o partición media, especialmente el espacio comprendido entre ambas pleuras de la línea media de la jaula o caja torácica.

**MELENA.-** Es la expulsión de sangre alterada por el ano, sola o consecutiva a una hemorragia en el yeyuno o íleon.

## N

NAUSEA.- Ganas de vomitar, sensación desagradable que precede al vómito.

## O

OBSTRUCCION PORTAL.- Oclusión de la vena porta por un coágulo sanguíneo voluminoso; con más frecuencia en los vasos de pequeño calibre en el hígado experimentando bloque por la enfermedad hepática alcohólica llamada cirrosis. En ambos casos se eleva la presión portal, lo cual produce a su vez hipertensión en capilares portales, edema de paredes intestinales esplenomegalia y ascitis.

## P

PERFUSION.- Circulación artificial en un órgano con un líquido de composición apropiada para mantener las funciones de aquel durante la experimentación fisiológica.

POLIUQUISTICO.- Múltiples tumores que interiormente se encuentran vacíos de contenido líquido.

PORTA.- Del latín Hilio, del hígado, del bazo, pulmón y riñón respectivamente. Relativo a la vena porta, es un sistema especial venoso, constituido por ramas de origen, troncos y de la esplénica y las mesentéricas a nivel de la cabeza del páncreas el trayecto y afluentes de este sistema va desde la cabeza del páncreas el hilio del hígado, recibe las ve -

nas del estómago y de la vejiga biliar, la terminación es en el hígado por dos ramas derecha e izquierda que se distribuyen a modo de arterias.

PROFUSO.- Abundante, copioso; se dice especialmente de la hemorragia y la diarrea.

PROTEINAS.- Miembro de un grupo de compuestos nitrogenados - estructurados según un patrón común, que forman los constituyentes característicos de los tejidos y líquidos orgánicos

PURPURA.- Afección caracterizada por la formación de manchas rojas de la piel, constituidas por pequeñas extravasaciones sanguíneas subcutáneas de enfermedades diversas.

## Q

QUIMO.- Masa líquida, espesa, grisácea en la que se convierte el alimento por digestión gástrica.

## R

RECIDIVA.- Se habla de recidiva cuando un individuo cae enfermo de una afección ya sufrida.

RECTO.- Porción última del intestino grueso, extendida desde la "S" ilíaca del colon hasta el ano y situada en la parte posterior e izquierda de la pelvis. Su forma es cilíndrica excepto en su parte inferior, que es dilatada y se denomina ampolla.

REFLEJO ENTEROGASTRICO.- Efecto de inflamación del intestino delgado y el estómago.

REGURGITACION.- Reflujo de un líquido en dirección contraria especialmente la emisión de líquidos o sólidos por la boca, procedentes del esófago o el estómago, sin esfuerzos de vómitos y también el escape de la sangre en la sístole ventricular o contracción arterial por válvulas insuficientes, mitral y aórtica especialmente.

## S

SINAPSIS.- Región de comunicación y transmisión de impulsos entre el axón de una neurona y las dendritas o cuerpo celular de otra neurona.

SHOCK.- Estado de choque, estado de insuficiencia circulatoria progresiva ocasionada por tres factores: 1) disminución del volumen sanguíneo que suscita choque hipovolémico, 2) aumento del lecho vascular en el que el volumen normal de sangre no lo llena suficientemente lo que ocasiona choque por éstasis venosa y 3) obstrucción de los vasos sanguíneos en especial las venas.

SINDROME DE BANTI.- Esplenomegalia, anemia normocítica, hipocrómica, cirrosis atrófica del hígado, ascitis y caquexia.

## T

TAQUIPNEA.- Respiración acelerada, y superficial la respira-

ción normal oscila en el hombre sano de 17 a 25 por minuto.

V

**VASOCONSTRICCIÓN PERIFÉRICA.**- Disminución del calibre de los vasos por influencia nerviosa u otra como por ejemplo la pérdida de gran volumen de sangre por hemorragia, lo cual causa vasoconstricción y aumento de la resistencia periférica.

**VASO.**- Término general para los conductos por los que circulan los humores o líquidos del cuerpo, especialmente la sangre linfa o quilo.

**VASOCONSTRUCTOR.**- Causante de la constricción de los vasos, puede ser fármaco o agente causante de esta acción.

**VASOS SANGUÍNEOS.**- Son aquéllos en cuyo interior circula la sangre; bajo esta denominación se incluyen, por lo tanto, las arterias, las venas, y los capilares interpuestos.

**VASODILATACIÓN.**- Dilatación de los vasos, puede ser causada por un agente, nervio o fármaco que tiene esta acción.

**VASOMOTOR.**- que produce los movimientos de contracción y dilatación de los vasos, existen agentes o nervios que tienen esta acción.

**VASOPRESINA.**- Hormona del lóbulo posterior de la hipófisis que estimula la contracción de las fibras musculares lisas

de las arteriolas y de la musculatura intestinal, aumentando por consiguiente, la presión sanguínea y la peristalsis. Posee también efectos antidiuréticos. Proporciona descenso de la presión de la vena porta.

**VOLEMIA.**- Es el volumen de la sangre.

**VOMITO.**- Emisión a través del conducto del esófago y por la boca de las sustancias contenidas en el estómago a consecuencia de una contracción brusca e intensa de las paredes gástricas del diafragma y de las paredes abdominales.

#### 8. APENDICE

En este apartado se encuentra la Historia Clínica de Enfermería que se realiza al Sr. R.R.R. el día 08 de Abril de 1985 en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

HISTORICA CLINICA DE ENFERMERIA.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre R.R.R. Servicio Urgencias  
 No. de cama 4 Fecha de ingreso 08-IV-85  
 Edad 60 años Sexo Masculino Estado civil viudo  
 Escolaridad secundaria Ocupación Jubilado  
 Religión católico Nacionalidad Mexicana  
 Lugar de procedencia Originario de Guanajuato,  
 Domicilio radica en el D.F.

2.- PERFIL DEL PACIENTE.

AMBIENTE FISICO

Habitación:

Características físicas (iluminación, ventilación, etc.)

Iluminación solar y eléctrica, la casa cuenta con ventanas y puertas bien orientadas para permitir una buena aireación.

Propia, familiar, rentada, otros: Rentada

Tipo de construcción: De ladrillo con techo de concreto

Número de habitaciones: cuatro

Animales domésticos No

Servicios sanitarios:

Agua (intradomiciliaria, hidrante público, otros)

Intradomiciliaria

Control de basuras Botes para este fin: y las tiran al carro recolector.

Eliminación de desechos (drenaje, fosa séptica, letrina, otros).

Baño con inodoro. Cuenta con drenaje interior conectado al drenaje público.

Iluminación Cuenta con ventanas por donde entra la luz solar y con instalación eléctrica.

Pavimentación Zona Urbanizada.

Vías de comunicación:

Teléfono Si

Medios de transporte:

Autobuses

Recursos para la salud:

Instituto Mexicano del Seguro Social

#### HABITOS HIGIENICOS.

Aseo: Baño (Tipo, frecuencia) Baño diario aunque se observa higiene deficiente.

De manos Sucias, uñas largas y sucias

Bucal Ocasional

Cambio de ropa personal (parcial, total y frecuencia) Parcial cada tercer día.

Alimentación:

Desayuno (horario, alimentos) Café y pan sin horario espe--

cíficos.

Comida (horario, alimentos) Sopa, guisado y frijoles no tiene horario.

Cena (horario, alimentos) Café y pan sin horario

Alimentos que originen:

PREFERENCIA Tacos, frijoles y carne

Desagrado Verduras

Intolerancia no la tiene en especial

Eliminación (horario y características)

Vesical Cada rato

Intestinal Refiere que una vez al día.

Descanso (Tipo y frecuencia)

No tiene trabajo, actualmente jubilado

Sueño (horario y características)

Padece insomnio, duerme a ratos durante el día no está acostumbrado a tener horario

Diversión y/o deportes.

No practica ningún deporte

Estudio y/o trabajo.

Es jubilado

## COMPOSICION FAMILIAR.

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA
Hija	40	Hogar	
Nieto	18	Estudiante	
Nieta	12	Estudiante	
Yerno	44	Empleado	80,000.00 mensuales

## DINAMICA FAMILIAR.

La hija se dedica a la casa los nietos estudian y el yerno trabaja. A veces se reúnen para festejar algún cumpleaños con sus amigos, no existe comunicación diaria entre ellos, argumentan que tienen mucho trabajo.

## DINAMICA SOCIAL.

Participan en fiestas ocasionales con sus vecinos. Los jóvenes - con sus compañeros de escuela, participan en juegos deportivos. El paciente lleva una vida sedentaria.

## COMPORTAMIENTO (conducta)

Inadaptado a su familia, es tímido e introvertido.

## RUTINA COTIDIANA.

Acostumbra a dar paseos por el vecindario solo.

### 3.- PROBLEMA ACTUAL O PADECIMIENTO.

Refiere presentar melena hace aproximadamente diez días, actualmente presenta hematemesis por lo que es traído por su hija al servicio de Urgencias.

Antecedentes personales patológicos.

Alérgicos ninguno, refiere traumatismo hace diez años en el que sufrió fracturas de costillas del lado derecho, séptima octava y novena. Posteriormente presentó sangrado de úlceras por stress según referencias del paciente.

Antecedentes familiares patológicos.

Lo ignora

Comprensión y/o comentarios acerca del problema o padecimiento.

Paciente con problemas de alcoholismo crónico.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Cuenta con el apoyo de su hija, el paciente se encuentra angustiado.

### EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Aspecto físico: El paciente se encuentra consciente, pálido adinámico con insuficiencia respiratoria y taquicardia.

Aspecto emocional (estado de ánimo, temperamento, emociones) Adinámico, astémico, angustioso

Palpación Higado duro

Auscultación Campos pulmones limpios sin estertores.

EXAMENES DE GABINETE

T I P O	OBSERVACIONES
Endoscopia	- Varices esofágicas grado II

PROBLEMAS DETECTADOS

Problemas Biológicos

- Hematemesis
- Hipotensión
- Taquicardia

Problemas Psicológicos

- Angustia
- Miedo

Problemas Socioculturales

- Alcoholismo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALCOHOLICOS Anónimos. Los doce pasos. (37a. ed.) México. Ed. Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. 1986. p.

AVERY JONES, F. GUMMER, J. LENNARD JONES, J. Gastroenterología Clínica 2a. ed. Ed. Interamericana, México, 1971. 685 pp.

BALLNT H., John. Sangrado Gastrointestinal. Ed. El Manual Moderno, S.A. México, 1979. 168 pp.

BEVERLY, W. Dugas. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana. 5a. ed. México, 1984. 437 pp.

BRUNNER S. Lillian. Enfermería Médico Quirúrgica. 2a. ed. Ed. Interamericana. México, 1971. 1105 pp.

DIAZ L. Agustín. Sangrado de Tubo Digestivo. Hospital de Especialidades del C.M. La Raza. Ed. I.M.S.S. México, 1980. 200 pp.

MACBRYDE, CYRIL MITCHELL, Signos y Síntomas. Fisiología Aplicada e Interpretación Clínica. 5a. ed. Ed. Interamericana. México, 1980. 2800 pp.

CORREA, Pelayo. Texto de Patología. 2a. ed. Ed. La Prensa Médica. México, 1981. 1162 pp.

CARDENAS DE LA PEÑA, Enrique. Terminología Médica. 1a. ed. Ed. Centro Editorial. México, 1971. 340 pp.

- GUYTON C. Arthur. Tratado de Fisiología Médica. 5a. ed. Ed. Interamericana. México, 1976. 1159 pp.
- H. YURA. M.B. Walsch. El Proceso de Enfermería. 1a. ed. Ed. Alhambra. España, 221 pp.
- KING, M. Eunice. Técnicas de Enfermería. 2a. ed. Ed. Interamericana. México, 1984. 878 pp.
- KOLB, C. Lawrence. Psiquiatría Clínica Moderna. 5a. ed. Ed. La Prensa Mexicana. México, 1976. 835 pp.
- LAWIN, Peter. Cuidados Intensivos. Ed. Salvat Editores. España, 1975. 640 pp.
- POWELL, W. Lawrie. Fundamentos de Gastroenterología. 1a. ed. Ed. Limusa. México, 1983. 289 pp.
- MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería. 1a. ed. Ed. Manual Moderno. México, 1983. 325 pp.
- OWENS BURRELL, Lennette. Cuidado Intensivo. 2a. ed. Ed. Interamericana. México, 1976. 286 pp.
- PARKER A. Catherine. Anatomía y Fisiología. 10a. ed. Ed. Interamericana. México, 1983. 724 pp.
- ROPPER, Nancy. Proceso Atención Enfermería. 1a. ed. Ed. Interamericana. México, 1983. 121 pp.
- SEGATORI, Luigi. Diccionario Médico. 5a. ed. Ed. Teide. Méxi

co, 1980. 1281 pp.

SANCHEZ R. Manuel. Elementos de Salud Pública. 2a. ed. Ed. Francisco Méndez Cervantes. México. 1983.

SMITH G. Gips. Enfermería Médico-Quirúrgica. 3a. ed. Ed. Interamericana. México, 1973. 1202 pp.

THORN W. George. Medicina Interna Humana. Tomo I y II. 5a. ed. Ed. La Prensa Médica. México, 1982. 4845 pp.

TORTORA J. Gerard. Anaknostakos P. Nicholas. Principios en Anatomía y Fisiología. 3a. ed. Ed. Harla. México, 1984. - 1034 pp.

WATSON, E. Jannette. Enfermería Médico-Quirúrgica. 1a. ed. Ed. Interamericana. México, 1978. 667 pp.

WORLEY, Eloise. Enfermería Clínica y Farmacología. 2a. ed. Ed. El Manual Moderno. México, 1976. 184 pp.