

29. 74



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ULCERA GASTRICA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
GUADALUPE NAVA SALINAS**

MEXICO, D. F.

1987



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.

I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	5
1.1 Anatomía del aparato digestivo	5
1.2 Epidemiología de Ulcera Gástrica	9
1.2.1 Etiología de la úlcera gástrica	12
1.2.2 Fisiopatología	14
1.2.3 Sintomatología	15
1.2.4 Diagnóstico	17
1.2.5 Tratamiento	19
1.2.6 Complicaciones	24
1.3 Historia Natural de la Ulcera Gástrica	42
II. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	52
1. Datos de identificación	52
2. Ambiente físico	52
3. Problema actual o padecimiento	55
4. Datos complementarios	58
5. Diagnóstico de enfermería	59
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	61
3.1 Desarrollo del Plan	63

Pág.

CONCLUSIONES

97

BIBLIOGRAFIA

102

INTRODUCCION

La úlcera gástrica es una afección sumamente frecuente, localizada, caracterizada por su evolución; alternancia de los brotes y de los períodos de cicatrización.

Aún es cierto que persisten numerosas incertidumbres en cuanto a los mecanismos fisiopatológicos que rigen la aparición de la úlcera como también los de su recidiva o reaparición posterior, ciertos factores etiopatogénicos son puestos en evidencia por los diferentes estudios epidemiológicos practicados en el mundo entero. El conocimiento de estos factores han imposibilitado una investigación más profunda de la enfermedad y el establecimiento de estas reglas terapéuticas en su conjunto bien codificadas.

Los datos radiológicos conocidos desde hace más de treinta años pueden ahora ser confrontados a los resultados de la visión directa de las lesiones mediante los gastroduodenoscopios maleables. La endoscopia posibilita asimismo la realización de biopsias dirigidas bajo el control de la vista en las zonas sospechosas, y sistemáticamente en el caso de una úlcera gástrica, pues esta localización plantea el problema del diagnóstico diferencial entre úlcera benigna y un cáncer ulceriforme o una rarísima degeneración maligna de una lesión primitivamente benigna. Las biopsias y la vigilancia estricta deben facilitar la decisión rápida final.

Las úlceras agudas constituyen una entidad particular, tanto en sus circunstancias de producción como en su tratamiento.

Las úlceras pépticas benignas se observan casi en forma exclusiva en esófago, estómago y duodeno.

La hemorragia gastrointestinal es la complicación más común de la úlcera péptica de cualquier sitio. La mucosa de la zona superior del intestino es rica en vasos sanguíneos y, en consecuencia, incluso las lesiones muy pequeñas pueden penetrar en el compartimiento vascular. La magnitud de la hemorragia varía desde niveles en que no pueden apreciarse la salida de sangre, excepto si se estudian las heces en busca de sangre oculta, hasta la hemorragia masiva.

Aproximadamente 75 por 100 de las úlceras pépticas sangran en algún momento de su evolución. La pérdida importante de sangre no ocurre en más de 30 por 100 de los enfermos.

Objetivos:

Detectar los problemas en el paciente con sangrado de Tubo Digestivo por Úlcera Gástrica.

Planear la atención de enfermería de acuerdo a los problemas detectados en el paciente.

Proporcionar cuidados de enfermería aplicando los conocimientos científicos.

Brindar confianza al paciente, para obtener cooperación por parte del mismo al realizar los cuidados de enfermería.

Metodología:

Para el estudio clínico fue seleccionado un paciente con problema de sangrado de tubo digestivo por úlcera gástrica.

Se realizó el marco teórico acerca del problema del paciente, con el fin de obtener información científica, y así poder brindar una mejor atención de acuerdo a las necesidades y problemas del paciente.

Se elaboró la Historia Clínica de Enfermería, con la que se obtuvo información de una fuente indirecta como lo es el expediente clínico, así como también se hizo el interrogatorio directo al paciente para verificar información y ampliar la misma.

Una vez concluido el interrogatorio se realizó la exploración física del paciente con los diferentes métodos de palpación, percusión, auscultación e inspección.

Al terminar la Historia Clínica se detectaron los problemas y necesidades para elaborar un diagnóstico de enfermería en el cual se

concluyó la condición del paciente y las causas que lo llevaron al estado actual, considerándolo como una unidad bio-psico-social.

En base a los problemas detectados se estructuró el Plan de Atención de Enfermería con sus correspondientes objetivos para lograr la recuperación del paciente.

Al final se evaluó la ejecución del proceso en forma integral.

Por último, se elaboraron las conclusiones sobre el trabajo.

I. MARCO TEORICO

1.1 Anatomía del aparato digestivo.

El estómago desarrollado en su totalidad es la dilatación grande del tubo gastrointestinal, y se encuentra entre esófago y duodeno. En la descripción macroscópica, el estómago se puede dividir en fondo, cuerpo y antro. El fondo es la cúpula del estómago colocada hacia la izquierda y por arriba de la unión esofagogástrica. Existe una angulación entre la línea media del cuerpo proximal a unos 5 ó 6 centímetros del píloro, en la curvatura menor llamada incisura angular hasta la curvatura mayor del estómago es el cuerpo del estómago. El área distal de dicha línea, y proximal al píloro, es el antro gástrico. El píloro se puede palpar como un anillo grueso de músculo, y por fuera es señalado por las venas prominentes de Mayo.

En cuanto a la función, el estómago se puede dividir en fondo y antro. El fondo secreta jugo péptico ácido y el antro secreta un moco grueso, viscoso y relativamente alcalino y la hormona gástrina.

La unión esofagogástrica, llamada cardias, está localizada justamente a la izquierda de la décima vértebra torácica, y la unión gastro-duodenal, el píloro se localiza hacia la derecha de la línea media entre la primera y segunda vértebras lumbares. El borde superior del

estómago entre cardias y píloro es la curvatura menor. Esta suspendido del hígado por el ligamento gastrohepático. El borde inferior y lateral convexo del estómago es la curvatura mayor, está suspendido el ligamento gastrocólico.

El riego sanguíneo del estómago es particularmente rico. Seis vasos proporcionan el riego sanguíneo principal: ^{1/} las arterias coronarias estomáquica y gástrica derecha o pilórica riegan el área de la curvatura menor, las arterias gastroepiplóicas derecha e izquierda riegan la curvatura mayor, la arteria esplénica riega el área del fondo a través de las arterias gástricas cortas, y la arteria gastroduodenal envía ramas hacia el área del píloro.

El riego sanguíneo de duodeno es efectuado por las arterias supra-duodenal y retroduodenal por la arteria pancreatoduodenal y por la arteria pancreatoduodenal inferior.

La inervación parasimpática del estómago se deriva de los nervios vagos, que estimulan la movilidad de este órgano y la secreción de ácido pepsina y gastrina.

La pared del estómago está compuesta por cuatro capas: mucosa, submucosa, muscular y serosa.

^{1/} Sabiston, D.C.; Tratado de patología quirúrgica; p. 768.

El duodeno se inicia en el píloro y termina en la unión duodenoyeyunal, justamente a la izquierda de la segunda vértebra lumbar. El duodeno se divide en cuatro partes; superior, descendente, tránsversa y ascendente. Los vasos mesentéricos superiores salen desde atrás del páncreas, y cruzan sobre la parte transversa del duodeno.

Fisiología de aparato digestivo:

La producción normal de ácido gástrico como respuesta a las comidas proporciona pruebas claras de mecanismos reguladores que tienen por objetivo estimular y frenar más adelante la secreción gástrica. La comida deglutida entra en el estómago, se mezcla con jugo gástrico y adopta una forma más líquida. El quimo viscoso y pulposo sólo se somete a digestión ligera en el estómago principalmente proteólisis, antes de pasar a bolos más pequeños hacia duodeno, sitio en el que se mezcla ^{2/} con bilis y jugo pancreático y en el que se inician digestión y absorción principales. La principal función del estómago y duodeno proximal es alterar la forma de los alimentos y proporcionar enzimas para su digestión.

La secreción gástrica se ha clasificado como espontánea y estimulada. La fase cefálica es estimulada por la vista, el olor a la mas-

^{2/} Ibidem., p. 776.

ticación de los alimentos. La fase gástrica es estimulada por la existencia de comida en el estómago. La fase intestinal es estimulada por la existencia de alimentos en el intestino delgado. Ahora se sabe que se libera gastrina a nivel de las terminaciones vagales, y que la distensión gástrica produce estimulación vagal; que gastrina y acetilcolina son probablemente estimulantes intestinales que se potencian entre sí y más aún, que con variaciones menores, los momentos en que se estimulan las secreciones en las distintas fases se sobrepone de manera muy amplia.

Fase cefálica: los estímulos de la fase cefálica probablemente activan los núcleos vagales en bulbo raquídeo, y los impulsos viajan por los nervios vagos para terminar en la mucosa gástrica, con liberación de acetilcolina a nivel de las terminaciones de los mismos.

Fase gástrica: es estimulada por los alimentos cuando llegan al estómago que por contacto directo y por distensión, produce secreción gástrica. La gastrina se libera de la mucosa antral por acción de la acetilcolina, por contacto con ciertas sustancias, por ejemplo, alcoholes de dos carbonos y aminoácidos, y también por el propio vago.

La fase intestinal puede ser estimulada por instalación de alimentos, en particular proteínas o ácido en el yeyuno proximal. La distensión

de yeyuno también estimulará la secreción.^{3/}

El agente causante de la estimulación de la secreción de la fase intestinal no se conoce, aunque algunos han sugerido que el secretagogo puede ser análogo intestinal de la gastrina. X

La contribución de la fase intestinal a la secreción total es difícil de calcular. Con el fin de estudiar un aspecto de la secreción gástrica, a menudo es necesario suspender o alterar los estímulos normales coexistentes. Aunque se necesitan estas técnicas para estudiar el papel específico de diversos estímulos, puede ser imposible verificar la contribución individual de cada estimulante a la producción secretoria gástrica total.^{4/}

1.2 Epidemiología de Úlcera Gástrica.

Al hablar de la enfermedad ulcerosa péptica, lo hacemos en el sentido más amplio del término y estamos involucrando no sólo a elementos ambientales de orden físico, sino que consideramos además, dentro de un cierto clima espiritual, a factores genéticos y aún en estrecha dependencia de ellos, a los raciales. También, y sobre todo, a la geografía de la enfermedad.

3/ Ibidem., p. 778

4/ Ibidem., p. 778

La epidemiología de la enfermedad ulcerosa péptica ofrece grandes variaciones regionales, tanto en su frecuencia de presentación como en su severidad.

La úlcera péptica es más común en pueblos en vías de desarrollo y en clases sociales de recursos económicos modestos.

Posiblemente su frecuencia permanezca relativamente estable, aunque un aumento relativo y porcentual de la úlcera duodenal a medida que la situación socioeconómica se acerca a la imperante en países más industrializados, desplace el equilibrio anterior aparentemente en favor de ésta.

Aunque es muy difícil estimar las cifras absolutas de distribución de la enfermedad ulcerosa péptica en orden regional, no lo es en cambio, analizar en términos generales su historia natural. Enfermedad muy conocida y con la que se hallaban familiarizados los médicos de fines del siglo XIX y principios del XX, alcanzó una gran profusión durante la segunda guerra mundial e inmediatamente después ésta.^{5/}

A finales de la década de los 60's y los primeros años de la década presente, asistimos a una declinación y casi podríamos decir desva-

5/ Abreu, Luis; Fundamentos de gastroenterología; p. 393.

necimiento del padecimiento. En cambio, en los dos últimos años, -al menos en México-, podríamos afirmar que se está presenciando el reverdecimiento del mismo. Y mientras en el Hospital Juárez, vemos reaparecer las úlceras del duodeno, en la consulta privada vuelven a presentarse éstas, aunque no con tanta frecuencia como ayer, baste recordar al respecto que, en poco más de 15 años, no nos fue difícil; y a pesar de haber efectuado una selección en extremo escrupulosa, encontrar 600 casos de enfermedad ulcerosa péptica allá por los años 50's.

Si eso atañe directamente a la frecuencia y distribución regional y cronológica del padecimiento, la severidad y número de complicaciones guarda también una estrecha relación con la geografía. Es un hecho establecido -al menos en el pasado- que los perfiles clínicos del padecimiento en México, rara vez alcanzaban los atributos comunes en países anglosajones.

Seguramente que ello depende en gran parte de la capacidad secretora del estómago "latino" en comparación con el "anglosajón", ésto es particularmente aplicable a la úlcera duodenal. Todo ello se refleja en una mortalidad y morbilidad mayores en la enfermedad ulcerosa péptica, en países anglosajones, en relación con México. ^{6/}

6/ Ibidem., p. 393.

1.2.1 Etiología de la úlcera gástrica:

La úlcera péptica se manifiesta como el desequilibrio entre el nivel de secreción de ácido y pepsina y las defensas normales de la mucosa adyacente. Las úlceras gástricas tienen la mayor probabilidad de resultar de disminución de la resistencia.

Entre los factores que en estado normal defienden a la mucosa contra la digestión por ácido y pepsina se cuentan secreción abundante de moco y riego sanguíneo adecuado. La importancia del riego sanguíneo normal para prevenir la úlcera péptica se conoce desde hace largo tiempo. Quizá la mayor susceptibilidad de los ancianos a las úlceras gástricas manifieste principalmente los cambios arterioscleróticos de la mucosa gástrica. Está comprobado que las paredes de los vasos subyacentes en la región de las úlceras pépticas a menudo están muy engrosados, pero se desconoce si estos cambios proceden a la úlcera o si sencillamente resultan de reacción inflamatoria secundaria.

Se tienen menos conocimientos acerca de los factores hereditarios y ambientales que pudieran actuar para producir estos desequilibrios que en cuanto al desequilibrio entre la secreción de ácido y pepsina y las defensas normales de la mucosa; por ejemplo: la enfermedad ulcerosa péptica se circunscribe principalmente a regiones "civiliza-

das" del mundo, y se sospecha ampliamente que ocurre con mayor frecuencia en sujetos susceptibles a la tensión. Está menos definido el hecho de que en las premenopáusicas sea mucho menor la frecuencia de úlcera péptica que en las posmenopáusicas, lo cual plantea la posibilidad de que en los estrógenos tengan algún papel protector. En cambio, está comprobado que los corticosteroides suprarrenales son ulcerógenos, aunque se desconoce el mecanismo de acción.^{7/}

Se ha sugerido que el retardo del vaciamiento del estómago por cualquier causa, de la índole de atonía o cicatrización duodenal, predispone a la aparición de úlceras gástricas.

Apoya en cierta medida a esta teoría el hecho de que 25 por ciento a 33 por ciento de las úlceras gástricas ocurren en pacientes de úlcera duodenal previa. El factor hereditario en la génesis de las úlceras pépticas es patente en la predisposición comprobada de sujetos con grupo sanguíneo "O" a presentar esta lesión, a diferencia de lo que ocurre a los que tienen otros grupos.

Así, pues, es patente que no hay una causa sencilla de la úlcera péptica. En distintos pacientes y también en uno mismo, pueden actuar muchas influencias, gran parte de ellas aún desconocidas.^{8/}

7/ Robbins, Angel; Patología básica; p. 433.

8/ Ibidem. p. 434

1.2.2 Fisiopatología:

Los valores de secreción gástrica de la mayoría de los pacientes con úlcera gástrica no son mayores que los normales, e incluso pueden ser menores, lo que depende del grado de gastritis asociada. La úlcera cercana al píloro o que coexiste con úlcera duodenal suele acompañarse de hipersecreción, mientras que la localizada en otras partes del estómago se caracteriza por hipersecreción. El estudio de Baron permitió comprobar que la secreción gástrica del paciente con úlcera gástrica sólo difirió de la normal en cuanto más cercana la úlcera al píloro fue mayor la cantidad de ácido secretado. Davenport ha planteado una cuestión, si la difusión retrógrada de ácido a través de la mucosa lesionada puede explicar los valores tan bajos de ácido gástrico en pacientes con úlcera de estómago.

La mayor parte de estudios fisiológicos confirman también que en pacientes con úlcera gástrica se halla disminuida la motilidad del antro. El tipo propulsivo número 2 de ondas antrales de la que depende el desplazamiento del contenido del estómago se halla netamente reducida en el paciente con úlcera gástrica, lo que quizá sea efecto secundario, ya que una vez curada la úlcera, se restablece la motilidad normal del antro y se obtiene una respuesta normal a la distensión del antro en el paciente con úlcera gástrica cuya motilidad an-

tral se hallaba disminuida. Se ha postulado recientemente que estos cambios quizá queden limitados a pacientes cuya úlcera queda cerca del píloro.

Son pocos los datos que proporciona la fisiopatología aún no bien conocida de la úlcera gástrica que orienten respecto a la causa de este padecimiento.^{9/}

1.2.3 Sintomatología:

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes, la náusea y el vómito se presentan cuando hay complicaciones, como la hemorragia. El dolor suele ser en el centro del epigastrio. No hay un acuerdo general sobre el mecanismo del dolor en el ulceroso, el factor primordial parece depender de la acidez, pero también son importantes la reacción inflamatoria del esfínter y los cambios de la presión intravisceral. Asimismo, es necesario estimar las variaciones individuales en el umbral de la sensibilidad al dolor, la profundidad y extensión del vóceral y el sitio donde aparezca la úlcera, pues las molestias serán mayormente apreciables, si está en la entrada o salida del estómago, que en el cuerpo del órgano. Cuando existe dolor atribuible a la úlcera prácticamente siempre existe gran cantidad de HCl libre.

^{9/} Howard M., Spiro; Gastroenterología clínica, p. 258.

El dolor se alivia vaciando el estómago o mediante cualquier procedimiento que neutralice la acidez gástrica libre.

El dolor ulceroso típico puede ser producido introduciendo en el estómago soluciones de HCl y en casos sensibles, con soluciones de otros ácidos y álcalis.

El dolor puede ser provocado mediante la instalación de jugo gástrico de otro paciente, o estimulando la secreción gástrica del mismo paciente con histamina.

En su comienzo el dolor no suele ocurrir en la relación con las tres comidas y sólo así en la del medio día.

En la úlcera gástrica el dolor es de mediana intensidad tolerable y cuando repentinamente adquiere mayor gravedad cabe pensar en una complicación.

Su carácter propio es descrito por el enfermo en varias comparaciones: calambre, retortijón, pesadez, opresión, vacío, "hambre dolorosa", "aislamiento", pungitivo, tenebrante, dura de unos 10 a 15 minutos hasta varias horas.

El dolor puede ser exacerbado por el consumo de bebidas alcohólicas (especialmente en el estómago vacío) por fumar; si la lesión está próxima al cardias, la ingestión de alimentos provoca el dolor;

de otro modo, los alimentos, los alcalinos o simplemente el agua calma el dolor.

Los períodos de actividad ulcerosa pueden despertarse o alargarse por la sobreexcitación nerviosa, preocupaciones, abusos en el alcoholismo, desvelos, fumar o exceso de actividad física. ^{10/}

1.2.4 Diagnóstico:

Cuando se identifica una úlcera gástrica, debe el clínico considerar siempre la posibilidad de carcinoma gástrico, si bien la úlcera se manifiesta casi siempre por su carácter benigno. Por este motivo, debe presindir un orden invariable en los estudios diagnósticos con objeto de evitar de tratar un carcinoma médicamente o lo que es mucho más frecuente, extirpar sin necesidad una úlcera benigna.

Entre los estudios está el de radiografía: la comida de bario suele proporcionar la primera prueba de la existencia de una úlcera gástrica. El radiólogo debe ser especialmente cuidadoso en su descripción de lo que ve, ya que de esta manera es perfectamente factible la diferencia entre una úlcera gástrica benigna y una maligna. El error más frecuente consiste en no establecer la diferencia entre una úlcera gástrica que rebasa el borde del estómago y aquella que se infiltra en el interior del órgano.

Citología gástrica. Cuando se descubre una úlcera gástrica por rayos X es obligatorio practicar otras pruebas de laboratorio. Es esencial un estudio de citología gástrica. No debe tratarse ningún paciente con supuesta úlcera gástrica benigna sin llevar a cabo, cuando menos, un estudio citológico, ni debe someterse a operación sólo por temor a carcinoma gástrico ningún paciente cuyo estudio de citología gástrica sea benigno.

Análisis gástrico: es importante, aunque no crucial, en el tratamiento de la úlcera del estómago. Desde el punto de vista clínico, el práctico necesita tan sólo saber que su enfermo con úlcera gástrica secreta ácido, ya con aumento de la prueba de histamina y caída cuando menos de una unidad de pH sobre la escala correspondiente. El punto importante es que exista algún ácido. Por examen minucioso la mayor parte de informes relativos a úlcera gástrica benigna con aclorhidria suelen referirse a pacientes en quienes se observó aumento de la prueba de histamina y en los cuales fueron vagos los criterios para aclorhidria. Cualquier úlcera gástrica en un estómago verdaderamente aclorhídrico debe considerarse de naturaleza carcinomatosa y aconsejar su operación, sea cual fueren los resultados de otras pruebas; pero desde luego, la presencia de ácido no significa en modo alguno que deba descartarse la posibilidad de carcinoma gástrico, que como sabemos puede muy bien acompañarse de altos niveles de ácido.

Gastroscopía: este método de exploración es sin duda útil durante el estudio de pacientes con úlcera gástrica, pero no siempre se dispone de los medios necesarios, y por otra parte, en modo alguno es obligada. El gastrocopista suele considerar benigna toda úlcera redonda netamente definida en sacabocados con base blanca y bordes colgantes, pero no fruncido, pero suscita en el mismo grandes sospechas toda úlcera de bordes contusos, ondulados y mal definidos. La gastroscopía es útil sobre todo para descubrir úlceras gástricas superficiales, cuya escasa profundidad no produce sombras al examen radiográfico; debido a esta posibilidad, algunos médicos recomiendan someter a gastroscopía a todos los pacientes con síntomas de aparato digestivo alto y estudio radiológico negativo. En estos casos descubre el gastrocopista con bastante frecuencia pequeñas ulceraciones superficiales que hasta entonces había pasado inadvertidas.^{11/}

1.2.5 Tratamiento:

Son varias las ventajas prácticas consecutivas a la hospitalización del paciente con úlcera gástrica: 1) en primer término se evitan ansiedades y tensiones que han podido contribuir a la aparición de la úlcera, y 2) la administración facilita la ejecución rápida y completa de los estudios diagnósticos necesarios.

^{11/} Ibidem., p. 265.

Si el médico tiene a su enfermo bajo control en el hospital al cabo de dos semanas de tratamiento no suele plantearse cuestión alguna respecto a si ha seguido la terapéutica correspondiente o si ha continuado expuesto a toda suerte de estímulos adversos. Es conveniente llevar a cabo todos los estudios durante los primeros días de hospitalización de manera que puedan valorarse en el transcurso de la segunda semana. Aunque la úlcera gástrica puede acompañarse de hipoacidez, es necesario ser muy estricto en el tratamiento, sobre todo si tenemos en cuenta que el precio que pueda imponer la úlcera gástrica no curada quizá sea la reacción del estómago. Debe ingerir el enfermo una dieta muy blanda con alimentos frecuentes, procediendo de la misma manera exactamente que en pacientes con úlcera duodenal aguda. Es probable que un enfoque tan inflexible pueda parecer contrario a todo cuanto llevamos expuesto, pero se ha inculcado de tal modo en la actual generación de prácticos el temor de que una úlcera gástrica pueda ser maligna, que debe de aceptarse todo lo que ayude a curar esta lesión, aunque tan sólo esté basado en una filosofía existencialista. Algunas pruebas al respecto permiten postular que la supresión del tabaco y el reposo en cama ayudan más en el tratamiento de la úlcera gástrica que en el de la duodenal pero en términos generales, tales medidas sólo excepcionalmente son necesarias.^{12/}

^{12/} Ibidem., p. 266.

Al cabo de dos semanas, si los estudios radiográficos o fibroscópicos repetidos demuestran curación y si otros estudios descartan la probabilidad de proceso maligno, puede autorizarse el traslado del paciente a su domicilio y en circunstancias especiales, incluso la reanudación de su trabajo siempre que continúe sometido a un estricto régimen dietético.^{13/}

De acuerdo pues con los lineamientos generales, el paciente en la etapa inicial de tratamiento podrá recibir una dieta blanda láctea, fraccionada en 6 tomas durante el día, ejemplo 7, 10, 13, 16, 19, y 23 horas o más frecuentes según la intensidad del cuadro clínico. La administración de antiácidos (gel hidróxido de aluminio y magnesio) habrá de hacerse alternando con las raciones de alimento (1½ horas después de su ingestión) para mantener un efecto adecuado.

Los anticolinérgicos son también eficaces, particularmente en los casos que cursan con dolor intenso; sin embargo, debe considerarse que además de disminuir la secreción disminuyen la motilidad, retrasando el vaciamiento gástrico por lo que se contraíndican cuando existe obstrucción pilórica.^{14/}

13/ Ibidem., p. 267.

14/ Ibidem., p. 395.

Medicamentos utilizados en el tratamiento de úlcera gástrica:

La metoclopramida y la doperidona (Motilium).

Dosis: 10 mg., vía oral media hora antes de los alimentos principales, es decir, 3 veces al día.

Dan beneficio porque se requiere agilizar el vaciamiento gástrico facilitando ello con su acción relajante el píloro.

La cimetidina y la ranitidina.

Dosis: 300 miligramos vía oral cada 8 horas.

Bloqueadores de los receptores H₂ han demostrado gran utilidad bloqueadora de la secreción ácida al ser capaz de disminuirla hasta niveles que permitan la cicatrización ágil de la lesión ulcerosa, y al parecer, con mínimos efectos colaterales.

Los antiácidos se acostumbran de rutina pero debe considerarse que es posible disminuir sus efectos secundarios utilizando bloqueadores H₂, que al disminuir de manera importante la secreción ácida, elimina la necesidad de esquemas rígidos en su prescripción.

El uso de sedantes y relajantes a pequeñas dosis es de aconsejarse en aquellos pacientes tensos, sometidos a grandes presiones en el ámbito familiar, o en el radio de su trabajo. Deberán tomar a dosis variables pequeñas cantidades de tranquilizantes menores (benzo-

diazepinas) y cuando se requieren, tranquilizantes mayores (fenotiazinas).

Finalmente, el paciente estará en condiciones de vivir y comer normalmente; sin más limitación que reducir al mínimo tomar alcohol moderadamente y fumar lo menos posible.^{15/}

Tratamiento quirúrgico:

En general, los resultados de la gastrectomía parcial han sido tan satisfactorios que en la actualidad se consideran todavía la operación de elección.

Se han empleado hemigastrectomía y vagotomía o antrectomía y vagotomía, junto con resección en cuña de la úlcera gástrica en términos generales, estas operaciones brindan resultados satisfactorios, pero de cuando en cuando un paciente sometido a resección en cuña de una úlcera gástrica supuestamente benigna de pasar por una segunda operación cuando se comprueba que la úlcera contiene carcinoma. Parece sin duda preferible la gastrectomía parcial si bien se ha postulado de nuevo como tratamiento de la úlcera gástrica la vagotomía con algún método de drenaje sin extirpación de la úlcera.

Seis semanas después de la operación se aconseja repetir los estudios

^{15/} Ibidem., p. 396.

con hario de modo que pueda disponerse de una línea radiológica de base en caso de que los síntomas recurran. Se aconseja esta práctica en virtud de los informes en estos últimos años relativos a frecuencia elevada de carcinoma gástrico en pacientes previamente sometidos a resección por úlcera benigna. No se sabe con certeza si el aumento de frecuencia de cáncer depende de gastritis o de la presencia de un foco de carcinoma en la úlcera gástrica original.

Procede mencionar algunas otras indicaciones para resección de úlcera gástrica. En el enfermo que ha sangrado masivamente de una úlcera gástrica, debe aconsejarse operación inmediata. En las úlceras gástricas se advierte cierta propensión a sangrar; 50 por 100 de los pacientes que han padecido hemorragia, vuelven a sangrar en el hospital una vez instituido el tratamiento.^{16/}

1.2.6 Complicaciones:

La úlcera es una afección crónica relativamente benigna; pero cuya evolución puede estar sembrada de complicaciones que agravan aún más su pronóstico.

Después de la práctica sistemática de la endoscopia con urgencia ante cualquier hemorragia digestiva, es raro que no se encuentre la

^{16/} Howard M., Spiro; op-cit., p. 283.

causa del desangramiento. Las úlceras gastrointestinales, junto con la duodenitis hemorrágicas, son las etiologías más frecuentes. Una úlcera de cada cuatro se complica de hemorragia. La úlcera gástrica sangra más a menudo que la úlcera duodenal.

La pérdida de sangre puede exteriorizarse por vía alta o baja. La hematemesis es más frecuente en las úlceras gástricas. Cualquier hemorragia digestiva impone la hospitalización en un servicio especializado que consta de una unidad de reanimación y un equipo quirúrgico, pues un desangramiento que parece ser inicialmente mínimo, puede recidivar bruscamente de un modo cataclísmico. El diagnóstico es fácil cuando se trata de una hematemesis franca, la cual el médico puede examinar el líquido del vómito del paciente. La hemorragia puede manifestarse igualmente en forma de melena. La colocación inmediata de una sonda gástrica ante cualquier pérdida de sangre digestiva aporta la prueba de una causa alta cuando ésta muestra la presencia de sangre en el estómago.

En la metodología: cuando llega el paciente se instala catéter venoso mientras se efectúan extracciones sanguíneas para la determinación del grupo y la medida del hematocrito. Se coloca una sonda nasogástrica, que posibilita comprobar la continuación o no del desangramiento, y mediante la cual a partir del momento en que el paciente se encuentra en una situación hemodinámica satisfactoria, se puede

realizar un lavado en la cavidad gástrica.^{17/}

El interrogatorio del paciente o de su familia es muy importante.

La búsqueda de antecedentes ulcerosos, la existencia en los días precedentes de dolores epigástricos más o menos típicos, son elementos de orientación.

El factor ingestión de medicamentos se encuentra muy frecuentemente en aspirina, antiinflamatorios mayores (corticoesteroides, fenilbutazona, indometacina); Los anticoagulantes pueden favorecer el desangramiento de una úlcera hasta entonces desconocida. El alcohol también es un factor favorecedor, sobre todo en las úlceras agudas, cuyo carácter preponderantemente hemorrágico ya hemos visto.

Las perforaciones:

La úlcera puede atravesar el grosor de la pared gástrica o duodenal, según su localización, esta perforación tiene lugar en el peritoneo libre o en un órgano próximo.

Las perforaciones son más agudas en las úlceras gástricas, al ponerse en comunicación las cavidades gástrica y abdominal, se produce una peritonitis primeramente química y luego séptica. El riesgo es más grande sobre todo cuando la perforación sobreviene cuando el estómago está lleno.

^{17/} Praxis Médica; Aparato digestivo IV, p. 12.

Esta perforación es a veces la primera manifestación de la úlcera, y además, sobreviene en el curso evolutivo de una úlcera conocida, en cuyo caso la perforación se observa a menudo sin relación con un brote de la enfermedad.

Los factores favorecedores de esta complicación son esencialmente de orden medicamentosa; aspirina, antiinflamatorios mayores. También incluye el factor de las agresiones psicológicas.

El cuadro clínico es la mayor parte de las veces típico. Dolor intenso, da comienzo brusco, que se localiza en el hueco epigástrico y luego se irradia rápidamente a todo el abdomen.

Se acompaña de náuseas y vómito. No hay fiebre en el comienzo.

El interrogatorio encuentra a menudo el factor de una úlcera antigua conocida. A veces la perforación es precedida durante algunos días de dolores más intensos que los sentidos habitualmente por el paciente.

La perforación puede ocurrir silenciosamente, éste se observa en los sujetos de edad, asténicos o bajo corticoterapia, enfermos en estado de ebriedad o portadores de una cirrosis descompensada sobre el modo escítico.

A la inspección del vientre del enfermo se nota la desaparición de la respiración abdominal. La pared es muy dura a la palpación; esta contractura está al comienzo localizada en el epigastrio, pero se extiende rápidamente a todo el abdomen.

Los tactos pelvianos son dolorosos a nivel del fondo de saco de Douglas.

El examen radiológico debe ser practicado con urgencia, con la finalidad de poder observar el peritoneo.

La numeración globular muestra una hiperleucocitosis a polinucleares neutrófilos.

Cuando no hay neumoperitoneo pueden considerarse diferentes diagnósticos; infarto de miocardio de forma abdominal, infarto mesentérico pancreatitis aguda o peritonitis de otra causa. Si existe neumoperitoneo el diagnóstico más probable es el de una perforación ulcerosa. Sin intervención el estado del enfermo se agrava rápidamente. Un estado de shock séptico se instala y pronto se vuelve irreversible.

La mortalidad es de 5 a 10%.

Los factores que agravan el pronóstico son retraso de la intervención, la edad del sujeto, la existencia de taras cardíacas asociadas, rena-

les o hepáticas y la perforación de un estómago lleno.^{19/}

Anatomía del esófago:

El esófago es un tubo musculofibroso aplanado, con un trayecto vertical de 25 centímetros de largo para conectar el extremo inferior de la faringe con el estómago. Como la faringe desciende por detrás de la laringe, al nivel de la sexta vértebra cervical, sólo 5 centímetros más o menos, de esófago están en el cuello. El resto del esófago se encuentra dentro del tórax y la parte superior del abdomen.

El esófago se estrecha en tres puntos: el primer estrechamiento se encuentra al principiar, donde se inserta en la parte posterior del cartílago cricoides por el tendón cricoesofágico. El tubo esofágico cervical, colapsado, excepto durante el paso de los alimentos, desciende hacia el orificio superior del tórax con los cuerpos vertebrales por detrás de él, y cubiertos por la tráquea a lo largo de su borde derecho. Los lóbulos de glándula tiroides abrazan los lados del esófago. En su trayecto torácico en el mediastino, el esófago está cubierto anteriormente por la tráquea hasta que ésta termina en la bifurcación traqueal. El segundo estrechamiento lo encontramos donde el bronquio izquierdo cruza el esófago. Más abajo, en el me-

^{19/} Ibidem., p. 14.

diastino, el esófago pasa por detrás de la aurícula izquierda del corazón y cerca de la cara interna del pulmón derecho. Por debajo del corazón, la aorta torácica queda a la izquierda del esófago. Exactamente por encima del diafragma, el esófago se inclina a la derecha y por delante de la aorta para pasar por el hiato esofágico del diafragma, donde ocurre el tercer estrechamiento. El trayecto abdominal del tubo lo lleva al extremo superior del estómago donde se continúa en la unión gastroesofágica. La mucosa del esófago está muy plegada porque el tubo digestivo está colapsado.^{20/}

Un epitelio escamoso estratificado grueso, forma el revestimiento más o menos liso. Las capas musculares del esófago son de músculo estriado en su porción superior, pero liso en la inferior. El componente esofágico de la deglución es automático; líquidos o sólidos son conducidos en el tubo por movimientos peristálticos, rápidos y cortos, hasta llegar a una unión gastroesofágica. Aquí el movimiento se retarda hasta que un esfínter muscular se abre para dar entrada al bolo alimenticio en el estómago.

Fisiología del esófago:

El esófago es un conducto que transporta el material ingerido desde faringe hacia estómago. En ambos extremos del tubo se encuentran

^{20/} Gardner, Osburn; Anatomía humana, p. 374.

mecanismos reguladores que auxilian esta función, sobre todo permitiéndole el paso en un solo sentido. En el extremo superior del esófago hay una zona de 3 centímetros de presión aumentada, que se relaja con prontitud cuando se traga algo y se contrae a continuación, conforme pasa una onda de alta presión a través de la misma. Se trata del esfínter esofágico superior. Las contracciones del esfínter llevan un orden peristáltico con las de la faringe por encima y del esófago por debajo, mientras que la presión peristáltica sigue a continuación de manera ordenada a todo lo largo del esófago en dirección hacia el estómago. Las presiones de reposo en el cuerpo del esófago son normales, menores que la atmosférica, lo que refleja presión intratorácica negativa.

Es probable que en la mayoría de los seres humanos la musculatura del esfínter intrínseco en combinación con los pliegues prominentes de la mucosa gástrica en la unión esofagogástrica, contribuyan a la barrera contra el reflujo.^{21/}

La peristalsis en el cuerpo del esófago parece estar bajo control vagal, porque la secreción de estos nervios produce presiones bajas simultáneas después de la deglución del esfínter bajo a los aumentos graduales en la presión intragástrica está controlada por el vago.

^{21/} Sabiston, D.C.; op.cit., p. 779.

Además, el control del esfínter es hormonal, ya que se ha comprobado que se estimula en la respuesta de la administración de gastrina y disminuye con la secretina, colecistocina y el glucagon.^{22/}

Epidemiología:

La distribución por edad y sexo está basada en una revisión realizada por Vansant en 40 a 70 años de edad, siendo necesaria la intervención quirúrgica dos veces más en las mujeres que en los hombres, todo ésto se especifica en el cuadro No. 1.

Etiología:

La hernia hiatal es una afección frecuente, podría encontrarse entre el 2 y 6 por ciento de la población en general, aunque ésto aumenta rápidamente con la edad.

En la mujer hay predominio específico después de los cincuenta años.

Las hernias son en su mayoría adquiridas. Entre los factores yatr^ogenos son las intervenciones quirúrgicas realizadas en la región cardiotuberositaria (vagotomía, gastrectomía de los dos tercios del estómag), puede originarla. En los recién nacidos son hernias por deslizamiento y obedecen a anomalías congénitas.^{23/}

^{22/} Ibidem., p. 780.

^{23/} Praxis Médica; op.cit., p. 2

Fisiopatología:

El reflujo del esfínter esofágico se debe a las fuerzas que actúan sobre la barrera de presión impuesta por este esfínter, sobre pasándola. De este modo, si bien el reflujo gastroesofágico es raro en personas normales, puede ocurrir en respuesta a ciertos cambios posturales o fisiológicos que se acompañan de aumento en las presiones intraabdominales o intragástrica; algún esfuerzo excesivo o embarazo, pueden causar reflujo gastroesofágico, puede ser vencida antes de que se vacíe el estómago. En los lactantes puede ocurrir intenso reflujo que llega a interferir con la nutrición, pero que desaparece en semanas o meses, con un tratamiento conservador. Obviamente, la enfermedad intrínseca o la desnutrición quirúrgica del esfínter inferior del esófago dará como resultado el debilitamiento o eliminación de la barrera de presión. La hernia esofágica deslizante es la causa más común de reflujo gastroesofágico, pero no se conoce cabalmente el mecanismo exacto del reflujo en esta afección. ^{24/}

El reflujo gastroesofágico por sí mismo, no sería lesivo si no fuera por la presencia del jugo gástrico ácido, que en el hombre es secretado en forma continua.

^{24/} Schwartz, ibidem., p. 884.

El esófago es particularmente susceptible a los efectos corrosivos de estas secreciones ácidas, así como a las secreciones biliar, pancreática e intestinal que son más alcalinas.^{25/}

Sintomatología:

Muchas hernias hiatales son asintomáticas o dan síntomas ligeros o variables que no se sospecha durante años. La variabilidad de estos se debe a la naturaleza progresiva de la hernia y su contenido; y la frecuente presencia de lesiones asociadas. Se debe mencionar que el cuadro clínico está condicionado por la presencia de reflujo gastroesofágico y el síntoma clásico es una sensación de quemadura subesternal, o de localización subxifoidea, epigástrica e inclusive cervical, sin irradiaciones que se presenta en el posprandio inmediato y sobre todo con la ingesta abundante. Este síntoma se asocia con la postura la actividad física relacionada al acostarse o al inclinarse. Este malestar se alivia al ponerse de pie y los pacientes se ven obligados a dormir semisentados.

La regurgitación es otro síntoma que se presenta en el 50% de los casos, sobre todo al efectuar cambios de posición, el material que se regurgita contiene poco alimento, amargo, coloreado de bilis o no,

^{25/} Ibidem., p. 885.

y tiende a producir sensación de quemadura en la faringe. Se puede acompañar de complicaciones pulmonares por aspiración (12%) como la bronquitis crónica, asma, neumonitis recurrentes, incluso abscesos pulmonares, pudiendo aparecer este síntoma sin que el paciente tenga conocimiento de que regurgita.

La náusea y el vómito ocurren en el treinta y seis por ciento de los pacientes. La hemorragia aguda se presenta en el 10% de los casos, debido a reflujo gastroesofágico crónico con presencia de úlcera esofágica.

La anemia crónica ocurre en el 5% y se asocia frecuentemente con hernia paraesofágica y es el resultado de pérdida sanguínea, debida a ulceración esofágica crónica.^{26/}

Diagnóstico:

La exploración clínica suele revelar algunos signos y síntomas para el diagnóstico de hernia hiatal, sin embargo son necesarios exámenes especiales.

Esofagograma:

La serie esofagoduodenal continúa siendo el mejor método para

^{26/} Revista de la Facultad de Medicina; Hernia hiatal y reflujo gastroesofágico; Vol. XXV, No. 12, 1982, p. 566.

valorar y obtener información acerca del esófago, de la unión esofagástrica y del estómago. La importancia de demostrar reflujo gastroesofágico por rayos X es indeterminada, ya que el 40% de los pacientes puede presentarlo, aunque se ha comunicado que tres o más exploraciones repetidas dan una exactitud del 85%.

Trago de bario ácido:

Consiste en observar mediante fluoroscopia: espasmo del estómago, peristalsis anormal, flujo invertido o tránsito tardío del bario ácido, lo cual indica esofagitis. Aunque es un método excelente, raramente es utilizado debido a que la esofagoscopia es un método rutinario para evaluar a los pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico.

Prueba de perfusión ácida:

Consiste en la instalación de una solución de ácido clorhídrico a través de un catéter esofágico con lo que se reproduce la sintomatología de hernia hiatal con reflujo; lo que permite establecer el diagnóstico diferencial con el angor pectoris, y el dolor torácico abdominal. La sensación dolorosa desaparecerá al aplicar una solución de bicarbonato de sodio.

Rastreo radioisotópico del reflujo gastroesofágico:

Este consiste en deglutir tecnecio radiactivo mediante compresión abdominal y efectuar el rastreo radioisotópico. Sin embargo, este método no ha demostrado exactitud comparado con otros métodos disponibles.^{27/}

Manometría esofágica:

Se incluye rutinariamente en la evaluación de un paciente con reflujo esofagogástrico. Se considera que el esfínter es competente cuando tiene una presión de 15 Hg., se considera que el esfínter esofágico inferior es incompetente. Este estudio es de utilidad en la valoración pre y posoperatoria de los métodos antirreflujo.

Reflujo de pH:

Es considerado el método más eficaz en la demostración del reflujo gastroesofágico. Se realiza con una preparación a base de una dieta sin irritantes, con modificaciones de posición y tomando en cuenta el número de regurgitaciones en 5 minutos y duración de las mismas. Sin embargo, sus resultados deben ser correlacionados con la manometría, la esofagoscopia y el cuadro clínico del paciente, ya que se ha visto que puede existir reflujo gastroesofágico aún en sanos o posterior a métodos quirúrgicos resolutivos.

^{27/} Ibidem., p. 568.

Esofagoscopia:

La endoscopia ha demostrado tener una eficacia del 95%. La presencia de hernia hiatal y la evidencia de esofagitis por reflujo, puede ser demostrada definitivamente por esofagoscopia.

Biopsia esofágica:

Las biopsias de la mucosa esofágica y de la unión gastroesofágica se efectúa rutinariamente. La evidencia microscópica de esofagitis por reflujo, consiste en la elongación de las papilas de la lámina propia e hiperplasia de las células basales de la mucosa escamosa. 28/

Tratamiento médico:

Consiste en reducir o prevenir las consecuencias del reflujo gastroesofágico.

Las medidas dietéticas son: fraccionar las comidas, reducir su volumen, prohibir las bebidas gaseosas, los alimentos harinaceos (pastas, pan, alubias secas, lentejas, pasteles), evitar los elementos irritantes, sobre todo tabaco en ayunas. Se recomienda tomar la última comida lo más distante del momento de acostarse. Se recomendará adelgazar a las personas obesas.

En las medidas higiénicas: está el evitar los movimientos y las posiciones que favorezcan el reflujo, como esfuerzos violentos, se aconsejará al enfermo dormir con elevación de la cabecera de la cama. Se deberá evitar el uso de cinturones ortopédicos y de fajas apretadas y conviene tratar la tos crónica de fumadores y estreñimiento.^{29/}

En el tratamiento con fármacos están:

Los antiácidos: (gel de aluminio) antes y después de los alimentos, tienen una acción protectora de la mucosa.

La cimetidina; que evita la secreción ácida gástrica.

La propantelina y la atropina; drogas anticolinérgicas que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior.

Cuando la sintomatología persiste, pese al manejo médico, debe tomarse en cuenta la posibilidad de intervención quirúrgica.^{30/}

Tratamiento quirúrgico:

Este consiste en la reducción de la hernia, el cierre del hiato, la prevención del reflujo esofágico.^{31/}

29/ Praxis Médica, op.cit., p. 9.

30/ Ibidem., p. 570.

31/ Ibidem., p. 9.

Complicaciones:

Existen tres enfermedades asociadas con el reflujo gastroesofágico que merecen especial atención:

Estenosis esofágica, anillo esofágico inferior y esófago de Barret.

Estenosis esofágica: se debe al reflujo gastroesofágico crónico con esofagitis severa, se caracteriza por pirosis intensa durante años y dificultad progresiva para la deglución, dando cuadros obstructivos en un 50% de los casos.

Anillo esofágico inferior: se localiza a 4 ó 5 centímetros por arriba del diafragma, tiene apariencia de un suave y delgado velo. Se caracteriza clínicamente por presentar episodios de obstrucción esofágica sin dolor, que se reconoce como alogia episódica. Este anillo aparece como respuesta a la esofagitis por reflujo y actúa como una barrera fisiológica para proteger el esófago de la extensión del proceso inflamatorio.

Esófago de Barret: descrito por él mismo, consiste en una serie de cambios del tercio distal del esófago haciéndolo lineal y cubierto de epitelio parecido al gástrico. Ocurre ulceración y estenosis en la unión de la mucosa escamosa con dicho epitelio y los cambios histológicos van desde mucosa gástrica atrófica con células parietales y

principales hasta datos inequívocos de inflamación que incluyen el epitelio escamoso. ^{32/}

1.3 Historia Natural de la Úlcera Gástrica

Factores del agente:

- Hiperproducción del ácido clorhídrico y pepsina.
- Disminución de la calidad y cantidad del moco gástrico.
- Regreso del contenido duodenal alcalino al estómago.
- Niveles elevados de gastrina (síndrome Sollinger Ellison).
- Vaciamiento gástrico lento y estancado.
- Ingestión de sustancias secretagogas (café, alcohol, etc.).
- Canalización por vía viceral de conflictos resultantes de tensión emocional.
- Aumento de hormonas suprarrenales.

Factores del huésped:

- Edad: Úlcera duodenal más frecuente en la tercera y quinta décadas de la vida; úlcera gástrica con mayor prevalencia en edades avanzadas.
- Sexo: Predomina en hombres.

^{32/} Ibidem., p. 572.

Herencia: Factores que determinan vaciamiento rápido, hiper-motilidad, hiperclorhidria, etc.
 Mayor frecuencia entre individuos de grupo sanguíneo "O".

Biotipo: Asociación con tipo físico longíneo y asténico.

Costumbres alimenticias: el ayuno prolongado favorece la aparición de la lesión.

Estado previo de salud: la gastritis crónica y algunas endocrinopatías son factores predisponentes.

Ocupación común en personas cuya actividad genera muchas tensiones.

Personalidad del paciente: estructura que determina conflictos de tensión y ansiedad por insatisfacción de anhelos; tendencia a somatizar conflictos psíquicos; respuestas emocionales intensas; personalidad activa, reservada, tímida y distante.

Factores del ambiente:

Lugar de residencia: mayor frecuencia en grandes centros urbanos.

Clima: hay exacerbaciones en otoño y primavera.

Estructura familiar: puede ocasionar conflictos que produzcan tensión emocional.

Estructura social y laboral: puede generar tensiones que actúen sobre una personalidad susceptible.

Patrones culturales: forma que se responde social o individualmente ante la tensión y la angustia.

Período prepatogénico:

Estímulo desencadenante:

Aumento de HCl y pepsina.

Acidez gástrica 5 ó 6 veces mayor.

Erosión y daño en mucosa gastroduodenal.

Reacción celular:

Lesión circunscrita de 5-25 milímetros de diámetro y 10-20 milímetros de profundidad.

Inflamación

Ulceración.

Signos y síntomas:**Inespecíficos:**

Dolor en zona abdominal referido en forma leve o aguda.

Náusea.

Específicos:

Brote de actividad durante 12 semanas.

Dolor epigástrico con ritmo y periodicidad.

Sensación de vacío.

Vómito en úlceras cercanas al píloro.

Regurgitaciones frecuentes.

Dolor epigástrico después de: ayuno, ingestión de café, alcohol, condimentos, tensión emocional.

Malestar general.

Cefalea.

Mareos.

Constipación.

Dolor quemante o corrosivo.

Lesiones tardías:

A. Sangrado, hemorragia masiva, hipovolemia, choque.

B. Perforación, penetración a epiplón, páncreas, hígado.

Perforación hacia cavidad peritoneal, peritonitis química, peritonitis séptica.

C. Retención gástrica; principalmente en úlcera prepilórica y duodenal por obstrucción tardía (fibrosa), vómito posprandial, deshidratación y pérdida de peso.

D. Desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia, hipocloremia, hipocalemia, alcalosis metabólica).

Disminución del volumen sanguíneo circulante.

E. Choque:

Peritonitis.

Desequilibrio hidroelectrolítico.

Disminución del volumen sanguíneo circulante.

Horizonte clínico:

Curación espontánea

Latencia

Recaídas

Complicaciones

Muerte.

Nivel preventivo primario:

Promoción de la salud:

Orientación individual y a grupos sobre:

Importancia del horario de la alimentación.

Alimentación equilibrada sin irritantes.

Recreación que favorezca la salud.

Evitar tensiones emocionales.

Eliminación de hábitos tóxicos (alcoholismo, tabaquismo, otros).

Examen médico periódico.

Condiciones agradables de trabajo y en el hogar.

Modificación de aspectos sociales, económicos y políticos del ambiente que determinan grandes tensiones.

Protección específica:

Realizará orientación: hábitos horarios fijos de alimentación, alcoholismo, descanso, reducción del stress, alimentos secretagogos y bebidas con coca.

Supresión de grandes períodos de ayuno.

Demostrar interés en el paciente y eliminar factores que produzcan ansiedad y control de estados de angustia.

Evitar el hábito tabáquico.

Precauciones en la prescripción y utilización de medicamentos de acción agresiva para la mucosa gastroduodenal.

Psicoterapia en caso de neurosis propensas a las somatizaciones.

Nivel preventivo secundario:

Diagnóstico temprano:

Orientación sobre los signos y síntomas de padecimiento.

Examen médico.

Historia clínica completa y detallada.

Examen físico.

Examen de laboratorio (químico gástrico, sangre oculta en heces, B.H., Q.S., T.C., tipo sanguíneo).

Exámenes radiológicos: (placa simple de abdomen, serie esofagogastroduodenal).

Exámenes endoscópicos: (peritoneoscopia), método único o complementario.

Citología y biopsia de la lesión para diagnóstico diferencial con úlcera gástrica maligna).

Tratamiento oportuno:

Orientará al paciente y familia sobre su participación en el diagnóstico.

Orientará a la comunidad sobre los signos y síntomas de la úlcera.

Participará con el médico en el examen del paciente previa preparación del consultorio orientado y ayudando al paciente durante el mismo.

Orientará y preparará al paciente para los exámenes de laboratorio.

Orientará y preparará al paciente en caso necesario para la S.G.D.

Orientará y preparará al paciente para los estudios endoscópicos.

Lograr del paciente información suficiente y confiable.

Nivel preventivo terciario:

Limitación del daño:

Orientación al paciente y familiares para evitar las tensiones y estar alerta acerca de:

Evolución del padecimiento.

Dieta prescrita por el médico e importancia de evitar los irritantes.

Evitar ingerir bebidas alcohólicas y fumar.

Evitar medicamentos que favorezcan el desarrollo de úlcera o produzcan retardo en el vaciamiento.

Psicoterapia en caso necesario

Cumplir con las indicaciones médicas.

Asistir periódicamente a las consultas y en caso de presentar molestias.

Control radiológico: a los 3 meses en úlceras gástricas.

Vagotomía.

Gastrectomía.

Anastomosis gastroyeyunal.

Cirugía de úlcera recidivante y sangrante.

Rehabilitación:

Ofrecer al paciente oportunidad para la recuperación rápida.

Orientará al paciente y familia sobre su responsabilidad en evitar una recaída para lo cual deberá hacer hincapié en:

Hábitos alimenticios (horario y alimentos irritantes).

Evitar stress.

Evitar bebidas embriagantes, tabaquismo.

El control médico periódico.

Apoyar psicológica y socialmente la incorporación del paciente a su vida diaria.

En pacientes con gastrectomía, rehabilitación orientada a prevenir complicaciones gástricas posoperatorias.

Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, en casos de retención gástrica complicada.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA1. Datos de identificación:

Nombre: G.O.L. Servicio: Gastroenterología
No. de cama: 27 Fecha de ingreso: 8-X-86
Edad: 47 años; Sexo: masculino;
Estado civil: casado; Escolaridad: primaria
Ocupación: Chofer Religión: Católica
Nacionalidad: mexicana Lugar de procedencia: San Francisco
Teopan, Oaxaca.

2. Ambiente físico

Habitación:

Características físicas: 3 ventanas, 1 puerta.

Tipo de Tenencia: Propia.

Tipo de construcción: concreto, piso de cemento.

Número de habitaciones: 2 cuartos, cocina y baño

Animales domésticos: 1 perro, 1 pato y 1 pollo.

Servicios sanitarios:

Agua: Potable, intradomiciliaria.

Control de basuras: un carro de basura pasa dos veces por semana.

Eliminación de deshechos: baño con drenaje

Iluminación: buena iluminación.

Pavimentación: no hay

Vías de comunicación:

Teléfono; no hay

Medios de transporte:

Camiones y peseras.

Recursos para la salud:

Centro de salud

Hábitos higiénicos:

Aseo:

Baño: diario

De manos: frecuente

Bucal: después de cada alimento

Cambio de ropa personal:

Total con el baño.

Alimentación:

Desayuno: pan, fruta, huevo, leche, atole.

Comida: sopa, caldo de pollo, pan, fruta, agua.

Cena: leche, guisado que sobró de la comida, pan de dulce.

Alimentos que originen:

Preferencia: carne de res, pollo, leche.

Desagrado: carne de cerdo

Intolerancia: antojitos mexicanos, picante y condimentos.

Eliminación:

Vesical: dos a tres veces al día

Intestinal: una vez al día

Descanso:

Siesta ligera cuando empezó su padecimiento, antes no.

Sueño:

Generalmente dormía 7 a 8 horas, últimamente con sobresaltos nocturnos.

Diversión y/o deportes:

Futbol, basquet bol.

Estudios y/o trabajo:

Chofer

Otros:

Ninguno

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica.
Esposa	43 años	Hogar	Algunas veces
Hijo	10	Primaria	
Hija	3	-----	

Dinámica familiar:

Salir al parque o al cine una o dos veces al mes.

Dinámica social:

Ninguna

Comportamiento:

Nervioso, algunas veces llega a la agresión.

Rutina cotidiana:

Trabajo

3. Problema actual o padecimiento:

Fiebre, dolor, ardor, hemorragia, evacuaciones melénicas.

Antecedentes personales patológicos:

Sarampión, varicela, paludismo a los 11 años, niega antecedentes alérgicos y transfusionales, refiere trastornos intestinales frecuentes desde los 12 años.

Antecedentes familiares patológicos:

Abuelos paternos muertos por enfermedad natural, abuelos maternos muertos, ignora la causa, padre muerto por alcoholismo y madre muerta, ignora la causa. Esposa e hijos sanos.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento:

Durante la estancia que lleva dentro del hospital ha tolerado su tratamiento y la evolución de su enfermedad ha sido satisfactoria.

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

Su familia ha cooperado en el tratamiento.

II. Exploración física:**Inspección:**

Aspecto físico: normocéfalo, pelo bien implantado y reflejos pupilares normales, oídos y narinas normales, mucosas orales

bien hidratadas, regular estado de higiene bucal, cuello cilíndrico sin anormalidades ni adenomegalia, pulsos carotídeos normales y tiroides normal.

Aspecto emocional:

Coopera con interrogatorio, buena aceptación al ambiente hospitalario.

Palpación:

Abdomen: cilíndrico, con panículo adiposo, escaso, no cicatrices, a la palpación media profusa se palpa irregularidades en epigastrio, no delimitable, probablemente una masa lisa, dolorosa, muy hipersensible y bien delimitada. No se detectan otras alteraciones, la peristalsis se encuentra normal.

Percusión: Genitales de acuerdo a la edad y sexo, vello de implantación masculina, no hemorroides ni otras alteraciones anorrectales.

Auscultación: Campos pulmonares limpios, bien ventilados, sin fenómenos agregados, área cardíaca dentro de los límites normales, ruidos rítmicos de buena intensidad.

Medición, peso, talla: 57 kilogramos, 1.57 centímetros.

4. Datos complementarios:

Exámenes de laboratorio:

Fecha	Tipo	Normales	Cifras Del paciente	Observaciones
9-X-86	V.D.R.L.	Negativo	Negativo	Ninguna
9-X-86	Examen general de orina	Densidad	Densidad 1017 pH 7	
10-X-86	B.H.		Hto. 36 mm% Hb. 11.6 mm% Leucocitos x mm ³ 17 500	Hipocromía ligera
10-X-86	Prueba coagu- lación	11.14 seg 65 a 100%	13.5 seg. más 2%	
	Glucosa	124 mg en 100 ml.		

Exámenes de gabinete:

Tipo	Observaciones
Serie esófago gastro duodenal	Hernia hiatal
Endoscopía	Úlcera gástrica en el fondo sobre la curvatura mayor.

Problemas detectados: infección gastrointestinal, úlcera gástri-
ca, hernia hiatal, anemia G II.

5. Diagnóstico de Enfermería

Paciente masculino, de edad madura, casado, escolaridad primaria, ocupación chofer de taxi; procedente de Oaxaca, su radicación actual es en una zona suburbana, con la falta de servicios públicos, forma parte de una familia integrada; esposa y dos hijos, su nivel socioeconómico es bajo, su comportamiento es de tipo nervioso, agresivo, con malas relaciones interfamiliares.

Desde la edad de 17 años inicia con problemas gastrointestinales, lo cual disminuía con tratamiento médico y medidas higiénico alimenticias, basándose en el tratamiento médico en antiamibianos y antidiarréicos.

El cuadro se recrudece en el mes de septiembre del año en curso con dolor, astenia, adinamia, siendo tratado por médico particular, notando poca mejoría.

Posteriormente acudió al servicio de urgencias del Hospital General de México, al presentar dolor, ardor, náuseas, hematemesis, evacuaciones melénicas y fiebre, siendo trasladado al servicio de Gastroenterología para su tratamiento.

Al hacerle su exploración se encontró una masa lisa, dolorosa, hipersensible y bien delimitada, al realizarle un estudio de serie esófago

gastroduodenal, se detectó una hernia hiatal y en sus exámenes de laboratorio, anemia de II grado con cifra de 7.5. El paciente se encuentra angustiado y aprensivo, porque al estar internado no hay quien solvante la situación económica de su familia.

Condición que compromete aún más su evolución, ya que las relaciones están deterioradas.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Datos de identificación:

Nombre: G.O.L.

Edad: 47 años

Sexo: Masculino

Estado civil: casado

Fecha de ingreso: 8-X-86

Servicio: Gastroenterología

Cama: 27

Diagnóstico médico:

Úlcera Gástrica.

Diagnóstico de enfermería:

Paciente masculino, edad madura, casado, escolaridad primaria, ocupación chofer de taxi; procedente de Oaxaca, su radicación actual es en una zona suburbana, con la falta de servicios públicos; forma parte de una familia integrada por esposa y dos hijos, su nivel socioeconómico es bajo, su comportamiento es de tipo nervioso, agresivo, con malas relaciones interfamiliares.

Desde la edad de 17 años inicia con problemas gastrointestinales, lo cual disminuía con tratamiento médico y medidas higiénico alimenticias, basándose en el tratamiento médico en antimibianos y antidiarréicos.

El cuadro se recrudece en el mes de septiembre del año en curso con dolor, astenia, adinamia, siendo tratado por médico particular, notando poca mejoría.

Posteriormente acudió al servicio de urgencias del Hospital General de México, al presentar dolor, ardor, náuseas, hematemesis, evacuaciones melénicas y fiebre, siendo trasladado al servicio de Gastroenterología para su tratamiento.

Al hacerle su exploración se encontró una masa lisa, dolorosa, hipersensible y bien delimitada, al realizarle un estudio de serie esófago gastroduodenal, se detectó una hernia hiatal y en sus exámenes de laboratorio, anemia de II grado, con cifra de 7.5. El paciente se encuentra angustiado y aprensivo, porque al estar internado no hay quien solvete la situación económica de su familia.

Condición que compromete aún más su evolución, ya que las relaciones están deterioradas.

Objetivos específicos:

1. Disminuir la hipertermia.
2. Evitar la diseminación del microorganismo.
3. Proporcionar informes precisos respecto a las evacuaciones.
4. Evitar complicaciones.
5. Mantener la homeóstasis de líquidos para evitar el desequilibrio hidroelectrolítico.
6. Disminuir el síntoma del aparato digestivo.
7. Disminuir la tensión.
8. Saber a qué nivel del aparato digestivo proviene la hemorragia.
9. Disminuir la hematemesis.
10. Que el paciente mejore sus hábitos de alimentación.
11. Disminuir las molestias que causan el reflujo gastroesofágico.
12. Evitar en lo posible la presencia de regurgitación.

3.1 Desarrollo del Plan

Problemas detectados

Infección gastrointestinal

Esferas interesadas

Biológica, psicológica, social.

En la esfera biológica el paciente presenta las siguientes alteraciones:

Problemas detectados:

Úlcera gástrica

Hernia hiatal

Agresividad

Malas relaciones interfamiliares

Desconocimiento de la distribución de los recursos económicos.

Hábitos inadecuados de la alimentación.

Hábitos inadecuados de higiene.

Problema: Infección gastrointestinal.

Manifestaciones clínicas del problema:

a. Disfunción del aparato digestivo.

a.1 Diarrea

b. Disfunción de aparato termorregulador.

b.1 Síndrome febril de temperatura de 39.5°C

Esferas interesadas:

Disfunción del aparato digestivo.

Disfunción del aparato termorregulador.

En la esfera psicológica las alteraciones que presenta son producidas por los cambios del medio ambiente y la sintomatología propia del padecimiento.

En la esfera sociocultural el paciente forma parte de una familia de nivel económico, educacional y cultural bajo.

b.2 Reacciones febriles positivas a paratífico B-Salmonella.

b.3 Deshidratación.

Razón científica de las manifestaciones:

a.1 Diarrea:

Esta es debilitante y puede ser mortal, especialmente en los niños. Grandes cantidades de sodio, potasio y agua se pierden por el colon y el intestino delgado en las heces diarréicas, causando deshidratación, hipovolemia, y finalmente choque y colapso cardiovascular. Una complicación más incidiosa de la diarrea crónica si se mantiene en equilibrio el líquido, es la hipopotasemia grave.

Esta puede ir acompañada de dolor tipo cólico. Suele ser causada por gran diversidad de enfermedades infecciosas de intestino delgado o grueso.

Las causas principales de diarrea crónica o recurrente son absorción intestinal defectuosa, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

b.1 Síndrome febril de temperatura de 39.5°C

Muchas infecciones causan fiebre por la producción de pirógeno endógeno de los leucocitos polimorfonucleares de la sangre. Esta sustancia productora de fiebre actúa directamente sobre los centros termo-

reguladores del hipotálamo modificándolos. Otras células del cuerpo también liberan pirógenos endógenos, incluyendo los monocitos, linfocitos y las células de Kupffer del sistema retículo endotelial. Los pirógenos endógenos son proteínas liberadas en respuesta a los virus antigéno-anticuerpo y aún hormonas esteroideas.

También son puestos en libertad en respuesta a la endotoxina producida por algunas bacterias y como resultado de la fagocitosis de bacterias por células productoras de pirógenos endógenos. Las temperaturas muy altas son nocivas. Cuando la temperatura rectal es mayor de 41°C durante largo tiempo, resulta algún daño permanente del encéfalo; cuando es mayor de 43°C se presenta golpe de calor y la muerte es frecuente.

En la Salmonelosis, la fiebre tifoidea tiene un cuadro clínico, el cual tiene tres etapas cada una con una semana de duración.

En la primera etapa, se inicia con náuseas, vómito, dolor abdominal, evacuaciones diarréicas de severidad variable, algunas veces líquidas y con moco, raramente con sangre, adinamia y dolores articulares y musculares; la cefalea es marcada la fiebre, de principio inçidioso, va aumentando progresivamente y de ser intermitente pasa a ser remitante de pequeñas oscilaciones.

A la exploración física se encuentra lengua saburral, abdomen blando

con borborigmo intestinal aumentado, principalmente en fosailíaca de-rocha.

En la segunda etapa la fiebre llega a los 39°C continuo; se deteriora el estado general, hay taquicardia y palidez acentuada, el pulso aumenta pero sin relación con el grado de fiebre, puede presentar dicrotismo en este período, algunas veces existe tos no productiva, poco frecuente la adinamia se acentúa, aparece delirio y excitación nerviosa intercalada con fase de sopor, en este período puede aparecer en la piel manchas rosáceas de forma lenticular, localizada principalmente en abdomen y tercio superior de los músculos, aparecen esplenomegalia y hepatomegalia, así como meteorismo abdominal, la palpación del abdomen es dolorosa, aumentan de volumen los ganglios linfáticos del cuello y axilas, la lengua es blanca, espesa y sucia; puede aparecer en este período fenómenos de deshidratación y desnutrición, la orina es escasa y oscura; el cuadro clínico en este momento es de una gran septicemia.

La tercera etapa aparece en la tercera semana, se observa declinación progresiva de la fiebre; la tos, la constipación y el dolor abdominal se van modificando favorablemente, para llegar cerca de la tercera semana a quedar dentro de la normalidad al margen de este cuadro típico de intensidad mediana de evolución regularmente cíclica, deben considerarse otras formas de variada intensidad, curso y pre-

dominio sintomatológico, tan peculiares que da un sello muy especial a cada paciente. Así se ha descrito en la fiebre tifoidea formas clínicas tales como las septicémicas o meningíticas, agranulocíticas, pseudomónicas o bronconeumónicas, enterales, dispoyélicas, hemorrágicas ambulatorias, abortivas, etcétera.

b.2 Reacciones febriles positivas a paratífico B, Salmonella.

La reacción de Widal para salmonella se mezcla una muestra de suero con unas cuantas gotas de antígeno preparados éstos en una solución salina normal, en una laminilla. La reacción se observa a simple vista, si hay aglutinación se agrega antígeno en diluciones seriadas, del suero del paciente.

El título de anticuerpo se expresa, como la recíproca de la última dilución que muestra aglutinación visible.

En la Salmonelosis, las salmonelas presentan antígenos flagelar (H) y somático (O). Por medio de la prueba de Widal se cuantifican sus títulos. Los anticuerpos que aglutinan con los antígenos H forman agregados gruesos e inestables que fácilmente se disuelven, en tanto que los que aglutinan con los antígenos O forman agregados más finos y más estables.

Se considera que los antígenos O de Salmonella son más específicos

que los antígenos H. Un tercer antígeno llamado Vi de recubierta puede indicar el surgimiento de estado de portador tifoídico, situación de antígeno (H y O), pero ha sido difícil estandarizar los resultados hasta la fecha. No se recomienda la práctica de la prueba de Widal para diagnosticar gastroenteritis por Salmonella, porque los síntomas ya desaparecieron cuando el título comienza a aumentar.

La finalidad es confirmar los datos clínicos en el diagnóstico de padecimientos causados por Salmonella, e identificar la causa de la fiebre de origen desconocido.

En la preparación del paciente se le explicará que por medio de este estudio se detectarán y cuantificarán microorganismos que puedan causar fiebre y otros síntomas, le informarán que no necesita restringir la ingestión de alimentos o líquidos; que se requiere extraer una muestra de sangre; quién será la persona encargada de la punción venosa, el momento idóneo de practicarla y que puede sufrir molestias transitorias por la punción con la aguja y la presión del torniquete.

La precaución que se debe tomar es la de enviar inmediatamente la muestra al laboratorio.

Los valores que se obtendrán en la dilución normal es: anticuerpo para Salmonella; menor de 1:80.

En la infección por Salmonella, las aglutininas H y O suelen aparecer en el suero después de una semana y los títulos siguen aumentando durante tres a seis semanas.

Las aglutininas O suelen descender a niveles insignificantes en 6 a 12 meses, en tanto que los títulos de aglutinina H pueden permanecer llevados por años.

b.3 Deshidratación:

Es disminución o pérdida del agua de constitución de los tejidos. Dicha pérdida de líquidos siempre acarrea déficit de electrolitos K-Na.

La deshidratación hipotónica se debe a pérdida de agua con déficit de sal proporcionalmente mayor.

La consecuencia es la hipotonicidad o hipoosmolaridad del espacio extracelular con el paso del agua al interior de las células o salida de iones extracelulares o sea potasio.

En este tipo de deshidratación no se presenta sed, sólo cuando el cuadro está muy avanzado, hay náuseas y vómito, la piel pierde elasticidad (signo de trapo mojado), hay astenia, hipotensión arterial, calambres, estupor, coma y muerte.

Acciones de Enfermería:

Control térmico por medios físicos y químicos.

Manejar adecuadamente las excretas (heces y orina).

Observar las características de color, consistencia, olor y agregados y el número de ellas.

Ministrar al paciente el antibiótico elegido, la dosis y horario prescrito por el médico, así como también el antidiarréico y antiespasmódico (Cloranfenicol, Difenoxilato, Atropina, y Butilhiocina).

Ministrar soluciones indicadas para restituir la pérdida de líquidos y electrolitos (soluciones Darrow y mixtas).

Llevar un control adecuado de ingestas y excretas de líquidos.

Manejo adecuado de los fomites.

Prestar atención al paciente y tratarlo en forma amistosa.

Razón científica de las acciones:

El centro termorregulador está situado en hipotálamo, (en la base del cerebro). El metabolismo corporal en forma continua produce calor,

pero la pérdida es poca, aumenta la fiebre, dado que el paciente no suda y los vasos sanguíneos no se dilatan. La piel está pálida, y quizá muestre manchas en vez de tener color rojo. El tronco está seco y caliente al tacto, aunque los miembros quizá estén fríos. El paciente puede presentar calosfríos o temblores y estremecimiento de brazos y piernas.

La hipertermia puede afectar el sistema nervioso y producir cuadro convulsivo, por ésto es necesario mantenerla en límites normales. El control de la temperatura por medios físicos es posible, ya que se produce pérdida de calor por conducción.

La materia fecal es la mayor fuente de contaminación de Salmonella.

Las características macroscópicas de las evacuaciones favorecen la evaluación del tratamiento y evolución del mismo.

Se justifica el uso de antimicrobianos, pues se considera que:

- a. Disminuyen las bacterias que ocasionan el padecimiento.
- b. Evitan la invasión intrainestinal que conduciría a complicaciones.
- c. Disminuyen el tiempo de excreción fecal de la Salmonella y con ello se controla el problema de salud pública que se supone un portador.

En esta enfermedad producida por bacilo gram negativo, el cloranfenicol constituye la droga de primera elección siendo su eficacia muy superior a la de cualquier otro medicamento. La dosis inicial de Cloranfenicol es de 50 mg/kg, o sea, 3 gramos por día administrados por vía oral (cápsulas).

Si no es posible la vía oral, se administrará Cloranfenicol Succinato Sódico por vía intramuscular o intravenosa, 1 gramo cada 8 horas. Durante su empleo es conveniente vigilar el cuadro hemático de los pacientes, lo que es obligatorio el hemocultivo si el medicamento se emplea por más de diez días.

Los antidiarréicos son capaces de retardar el tránsito intestinal y detener así la diarrea.

El Difenoxilato es una droga de origen sintético, junto con la Atropina impide las dosis elevadas de difenoxilato, debido a la aparición de síntomas tóxicos atropínicos no se produce fenómeno de dependencia. Dosis: 5 miligramos 4 veces por día, vía oral.

Los antiespasmódicos como la Butilhiocina y Atropina, son alcaloides anticolinérgicos, éstos son útiles en estados espasmódicos dolorosos del intestino, reduce la motilidad intestinal, calma el dolor y disminuye el número de deposiciones.

Dosis: 0.3 miligramos 3 veces por día, vía oral.

Los componentes químicos de las soluciones parenterales ayudarán a restituir las pérdidas de líquidos y electrólitos que ocurren en el padecimiento.

En la diarrea exudativa se pierden con las heces gran cantidad de agua (hasta diez litros al día), sodio (hasta 350 mEq/l), potasio (hasta 45 mEq/l), bicarbonato y cloruros, el volumen circulatorio disminuye. Los valores séricos de sodio, potasio, cloruro y bicarbonato, todos disminuyen, pero como los jugos intestinales contienen más bicarbonato que cloruro, este anión disminuye en mayor proporción y se desarrolla una acidosis metabólica.

La ministración de líquidos parenterales como la solución (Darrow) ayuda a la sustitución de líquidos perdidos.

Se llega a la deshidratación no sólo por la pérdida de líquidos sino por la falta de ingesta de los mismos.

Los registros de entradas y salidas ayudan a valorar el estado del líquido, hacen sospechar diversos diagnósticos e influyen en la elección de la terapéutica.

Al terminar cada turno de ocho horas, calcúlense las entradas y salidas totales. Al cabo de tres turnos consecutivos apúntese el total de 24 horas.

Los fomites que hayan entrado en contacto con materia fecal u orina, con Salmonella, influyen en los brotes de infecciones cruzadas intra-hospitalarias.

La comunicación verbal permitirá infundir confianza al paciente.

Responsables de la acción:

Los responsables son el personal profesional y capacitado para la atención de pacientes con problemas gastrointestinales.

Evaluación:

Fue posible mantener el control de temperatura por medios físicos sin que se presentaran problemas secundarios.

Se mantuvo el equilibrio hidroelectrolítico.

El antibiótico elegido fue el adecuado, al que respondió positivamente.

Se aplicaron medidas de aislamiento con lo cual se evitó infecciones cruzadas.

Se consiguió la adaptación del paciente al medio hospitalario.

Problema: Úlcera gástrica

Manifestaciones clínicas del problema:

a. Disfunción de aparato digestivo

 a.1 Dolor

 a.2 Pirosis

 a.3 Hematemesis

 a.4 Melena

 a.5 Anemia

b. Psicológico

 b.1 Ansiedad o angustia

c. Sociocultural

 c.1 Desconocimiento de la distribución de los recursos económicos.

 c.2 Hábitos inadecuados de alimentación.

Razón científica de las manifestaciones:

a.1 Dolor

No hay un acuerdo general sobre el mecanismo del dolor en el ulceroso, el factor primordial parece depender de la acidez, pero también son importantes la reacción inflamatoria periulcerosa, la espasticidad

gástrica duodenal, asimismo es necesario estimar las variaciones individuales en el umbral de la sensibilidad al dolor; la profundidad y extensión del viceral y del sitio donde aparezca la úlcera pues las molestias serán mayormente apreciables si está en la entrada o salida del estómago que en el cuerpo del órgano.

a.2 Pirosis

Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios y a veces regurgitaciones, se presenta con la ingesta abundante y al efectuar cambios de posición, el material que se regurgita contiene poco alimento, amargo, coloreado de bilis o no, y tiende a producir sensación de quemadura en la faringe.

a.3 Hematemesis

Salida de sangre a través de la boca en forma inesperada proveniente del esófago u estómago.

a.4 Melena

Expulsión de sangre alterada por el ano, sola o con heces, proveniente de intestinos, puede ser de color rojo púrpura o negrusco, su causa puede ser hemorragias de tubo digestivo alto o en la porción baja del mismo.

a.5 Anemia

Disminución del caudal hemoglobínico o del número de eritrocitos del organismo, una de las causas puede ser la pérdida de sangre.

b.1 Ansiedad o angustia

Se caracteriza por la inestabilidad emocional, irritabilidad, gran sensación de fatiga y, a veces, fenómenos viscerales como taquicardia, náuseas, sofocación, temblor, etcétera; ésto se debe a la represión incompleta de problemas emocionales.

c.1 Desconocimiento de la distribución de los recursos económicos.

Si los recursos económicos no se distribuyen adecuadamente, quedarán necesidades sin cubrirse o no satisfechas.

c.3 Hábitos inadecuados de alimentación.

Los factores sociales influyen en la alimentación del individuo.

Acciones de enfermería:

Dar dieta sin irritantes

Ministración de antiácidos

Ministración de sedantes y relajantes

Ver indicaciones de estudio de heces fecales.

Ver indicaciones de estudio de endoscopía.

Aplicación de lavados gástricos, con soluciones heladas, por medio de sonda Levin.

Ministrar el medicamento elegido a dosis y horario, prescrito por el médico (Cimetidina).

Ver tratamiento quirúrgico.

Ministrar soluciones indicadas, así como plasma y sangre si fuera necesario, de acuerdo a las órdenes médicas, para restituir los líquidos y electrólitos perdidos.

Llevar un control de líquidos estricto.

Vigilar signos y síntomas de shock hipovolémico.

Razón científica de las acciones:

Las dietas tendrán los caracteres siguientes: serán ricas en grasas para disminuir la hipersecreción gástrica y para reducir el volumen.

Aportarán cantidades adecuadas de proteínas para que absorban el ácido clorhídrico y para que eviten el enflaquecimiento. Se aconsejan los alimentos protéicos, como la leche, el queso, el huevo y las carnes hervidas.

Las dietas contendrán cantidades normales de glúcidos y concentraciones bajas de azúcares, para evitar que se retengan en el estómago.

Serán pobres en cloruro de sodio para no aumentar la producción de ácido clorhídrico.

Aportarán vitamina A, vitamina C y calcio en cantidades generosas, para favorecer la cicatrización y evitar las hemorragias.

Serán ricas en complejo vitamínico B y en hierro, para evitar las anemias.

Serán de temperatura templada o tibia, para no excitar la mucosa del estómago.

Las dietas para los enfermos con úlcera gástrica serán de pequeño volumen, distribuidas cada hora, cada dos o cada tres horas, en relación a la tolerancia gástrica y a la intensidad de la hiperclorhidria.

El antiácido gástrico una vez ingerido es capaz de reaccionar con el ácido clorhídrico, neutralizándolo y disminuir así la acidez gástrica, este es un antiácido local, como el hidróxido de aluminio (Aldrox o Pepsamar) utilizado generalmente en suspensión acuosa en forma de gel.

Debe tener aceptación prolongada por el paciente.

No debe interferir con los procesos digestivos.

No debe producir constipación, diarrea, ni gases.

Ministración y dosis:

Suspensión 15 mililitros, vía oral, 4 veces por día, después de los alimentos.

El uso de relajantes a pequeñas dosis es de aconsejarse en aquellos pacientes (tensos sometidos a grandes presiones en el ámbito hospitalario, familiar o de trabajo).

Deberá tomar a dosis variables pequeñas cantidades de tranquilizantes menores como la benzodiazepina, la cual tiene como propiedades ansiolíticas, sedantes, hipnóticas y relajantes musculares entre otras.

Los estudios en busca de sangre oculta tiene como fin detectar cantidades mayores que la señalada.

Tales pruebas están indicadas en personas con síntomas clínicos en quienes los estudios preliminares en sangre sugieren hemorragia gastrointestinal.

El color de las heces guarda correlación aproximada con el sitio de la hemorragia como la melena, que puede ser resultado de hemorragia del esófago o de estómago.

Los jugos gástricos y pancreáticos digieren la sangre y la ennegrecen.

En la preparación del paciente para realizar el estudio se le indicará que ingiera alimentos con mucha celulosa y se abstengan de ingerir carnes rojas, aves de corral, pescado, nabos y rábano picante durante 48 a 72 horas antes del estudio.

Se interrumpe el consumo de preparados de hierro, bromuros, yoduros, salicilatos, fenilbutazona, esteroides y ácido ascórbico durante 48 horas antes de la prueba.

Se le pedirá que se requiere de tres muestras de heces.

Se le indicará al paciente que evite la contaminación con papel higiénico u orina.

Se enviará de inmediato la muestra al laboratorio o se ejecutará de inmediato la prueba.

La positividad del estudio indica hemorragia de vías gastrointestinales, que pueden ser resultado de muchos padecimientos como várices, úlcera péptica, carcinoma, colitis ulcerosa, disentería o enfermedad hemorrágica.

Se necesitan otros estudios como el análisis de contenido gástrico o métodos endoscópicos para definir el sitio y la magnitud de la hemorragia.

La gastroscopía es el estudio sin duda útil durante el estudio del paciente con úlcera gástrica, sobre todo las superficiales, cuya escasa profundidad no produce sombras al examen radiográfico; debido a esta posibilidad, algunos médicos recomiendan someter a gastroscopía a todos los pacientes con síntomas de aparato digestivo alto y estudio radiológico negativo. En estos casos descubre el gastroscopista con bastante frecuencia pequeñas ulceraciones superficiales que hasta entonces habían pasado inadvertidas.

Los lavados gástricos se realizan por medio de una sonda de Levin, la cual se introduce por nariz hasta llegar a estómago, una vez colocada se observa las características y cantidad de la secreción que salga, posteriormente se inician lavados gástricos con solución salina (isotónica) helada hasta que salga negativo el sangrado, dependiendo de esto se harán cada 4 ó 6 horas.

La finalidad de los lavados gástricos es actuar como vasoconstrictor.

La cimetidina inhibe la secreción ácida gástrica por lo que es de utilidad en los estados de hipersecreción. Esta sustancia también reduce importantemente el volumen y la concentración de iones hidrógenos tanto en estado basal (ayuno) como en la secreción inducida por alimento, histamina, insulina, y cafeína.

Asimismo, protege a la mucosa gástrica del daño producido por la aspirina.

La cimetidina se absorbe en un 60% por vía oral, se liga escasamente a proteínas (19%) y las concentraciones plasmáticas máximas se logran entre 60 y 90 minutos, manteniendo concentraciones efectivas por 4 horas, su vida media plasmática es de 2 horas. Casi toda la dosis oral de cimetidina se excreta sin modificación por la orina en el curso de 24 horas; una fracción se excreta en la bilis que se elimina por las heces junto con el fármaco no absorbido. Se distribuye ampliamente en casi todos los tejidos, excepto el cerebro, atraviesa la placenta y se excreta por la leche materna.

Es de particular utilidad en el manejo de la úlcera péptica, así como la prevención y tratamiento de gastritis erosiva por tensión emocional, ulceración y hemorragia.

Dosis y vía de administración:

Adulto: dosis oral 300 miligramos 4 veces al día, por 3 ó 4 semanas.

Se recomienda con la toma de alimentos o inmediatamente después de éstos.

Dosis intravenosa: es de 1 a 4 miligramos/kg/h, a 300 miligramos diluidos e infundidos en 15 a 20 mililitros. La dosis total por esta vía no debe exceder de 1 gramo en 24 horas.

Dosis intramuscular; es de 300 miligramos administrada cada 6 horas.

En pacientes con daño renal severo, se recomienda la dosis de 300 miligramos 2 veces al día.

Los resultados de la gastrectomía parcial han sido tan satisfactorios que en la actualidad se consideran todavía la operación de elección.

Si bien se ha postulado de nuevo como tratamiento de la úlcera, la vagotomía con algún método de drenaje sin extirpación de la úlcera.

Seis semanas después de la operación se aconseja repetir los estudios con bario, de modo que pueda disponerse de una línea radiológica de base en caso de que los síntomas recurran.

Cabe mencionar algunas otras indicaciones para la resección de úlcera gástrica.

En el enfermo que ha sangrado masivamente de una úlcera gástrica debe aconsejarse operación inmediata.

En la administración de soluciones parenterales debe emplearse preparados líquidos que eleven la volemia y permanezca un tiempo conveniente en la circulación, así como el plasma y los derivados, la sangre y los expansores del plasma, al comienzo debe emplearse la

solución de dextrosa y cloruro de sodio para ser seguido por los preparados ya señalados, ya que las soluciones electrolíticas actúan en forma transitoria unas dos horas aproximadamente.

El plasma se aplicará de acuerdo al criterio del médico y sintomatología del paciente.

Para evaluar la cantidad de sangre perdida e indicar la necesidad de una transfusión, son útiles los rasgos clínicos o sintomatología, que los datos de laboratorio.

En la hemorragia no pueden darse normas rígidas en cuanto a la cantidad de sangre o plasma, no es indispensable reponer toda la sangre, sino que ésto debe guiarse por los datos clínicos especialmente por la presión arterial, presión venosa central y frecuencia cardíaca.

En este sentido puede calcularse que 500 mililitros de plasma elevan la presión unos 10 a 20 milímetros de mercurio, se aplicará la primera unidad y según la respuesta se continuará la transfusión hasta alcanzar los valores tensional y venosos más o menos normales.

Los registros de las entradas y salidas ayudan a valorar el estado del líquido, hacen sospechar diversos diagnósticos e influyen en la elección de la terapéutica.

Al terminar cada turno de ocho horas, calcúlense las entradas y salidas totales, al cabo de tres turnos consecutivos apúntese el total de 24 horas.

Se caracteriza por una disminución inicial de volumen de sangre circulante, una de las causas son deshidratación por vómito, diarrea, con gran pérdida de líquidos, esta es una de las causas por lo que la volemia disminuya, hay reducción del retorno venoso, todo ésto hace que la presión baje, se produce taquicardia y vasoconstricción; así se prolonga la vasoconstricción sin que se haya reemplazado el volumen de sangre que falta, llega un momento en que fallan los mecanismos de compensación y se produce un descenso progresivo y profundo de la presión arterial con existencia de vasodilatación capilar y trasudación plasmática, debido a la anoxia tisular prolongada, produciéndose entonces una irrigación o perfusión defectuosa y anoxia del corazón y el cerebro; hasta resultar en la depresión de dichos órganos vitales, produciéndose la muerte por paro cardíaco o respiratorio, llamado también shock irreversible.

En las complicaciones, la hematemesis es la más frecuente en las úlceras gástricas.

Cualquier hemorragia digestiva impone hospitalización en un servicio especializado que consta de una unidad de reanimación y un equipo

quirúrgico pues un desangramiento que parece ser inicialmente mínimo, puede recidivar bruscamente de un modo cataclísmico.

El diagnóstico es fácil cuando se trata de una hematemesis franca, la cual el médico puede examinar el líquido del vómito del paciente, la hemorragia puede manifestarse en forma de melena.

La colocación inmediata de una sonda gástrica ante cualquier pérdida de sangre digestiva aporta la prueba de una causa alta cuando ésta muestra la presencia de sangre en el estómago.

Responsable de la acción:

Los responsables de las acciones son el personal profesional y capacitado para la atención de pacientes con problema de úlcera gástrica.

Evaluación:

Se logró disminuir la pirosis, con la dieta y la ministración de antiácidos.

Fue posible detener el sangrado por medio de los lavados gástricos con agua helada.

Se consiguió mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

El paciente fue dado de alta para seguir su tratamiento como paciente externo en donde se le hicieron las siguientes recomendaciones:

Debe acudir a sus citas puntualmente en la fecha y hora que se le indique.

Seguir al pie de la letra las indicaciones del médico.

Problema: Hernia hiatal

Manifestaciones clínicas del problema:

- a. Disfunción del aparato digestivo.
 - a.1 Reflujo gastroesofágico
 - b.1 Regurgitación
 - c.1 Náuseas y vómito.

Razón científica de las manifestaciones:

- a.1 Reflujo gastroesofágico

El reflujo del esfínter esofágico se debe a las fuerzas que actúan sobre la barrera de presión impuesta por este esfínter sobre pasándola; puede ocurrir en respuesta a ciertos cambios posturales o fisiológicos que se acompañan de aumento en las presiones intraabdominales o intragástricas al agacharse, levantar objetos pesados, exceso de comida,

algún esfuerzo excesivo o embarazo puede causar reflujo gastroesofágico aunque no haya otra anormalidad.

La hernia esofágica deslizante es la causa más común de reflujo gastroesofágico, pero no se conoce cabalmente el mecanismo exacto del reflujo en esta afección.

El reflujo gastroesofágico, por sí mismo no sería lesivo si no fuera por la presencia del jugo gástrico ácido que en el hombre es secretado en forma continua.

El esófago es particularmente susceptible a los efectos corrosivos de estas secreciones ácidas.

b.1 Regurgitación

Es otro síntoma que se presenta en el 50% de los casos, sobre todo al efectuar cambios de posición el material que se regurgita, contiene poco alimento amargo color de bilis o no y tiende a producir sensación de quemadura en la faringe.

Se puede acompañar de complicaciones pulmonares por aspiración, como bronquitis crónica, neumonías recurrentes, incluso abscesos pulmonares, pudiendo aparecer este síntoma sin que el paciente tenga conocimiento de que regurgita.

c.1 Náusea y vómito.

Ocurre en el 6% de los pacientes. La hemorragia aguda se presenta en el 10% de los casos debido a reflujo gastroesofágico crónico con presencia de úlcera esofágica.

La anemia crónica ocurre en el 5% y se asocia frecuentemente con hernia paraesofágica y es el resultado de pérdida sanguínea debida a ulceración esofágica crónica.

Acciones de enfermería:

Dar medidas de alimentación.

Dieta para pacientes con hiperclorhidria.

Dar medidas higiénicas.

Ministración de antiácidos.

Ministración de Cimetidina.

Razón científica de las acciones:

Las medidas dietéticas ayudarán a disminuir los síntomas como el reflujo gastroesofágico, ésto consiste en:

Fraccionar las comidas y reducir su volumen, prohibir las bebidas gaseosas, los alimentos farináceos (pasta, pan, alubias secas, lentejas, pasteles), evitar los elementos irritantes, sobre todo tabaco en

ayunas, Se recomienda tomar la última comida lo más distante del momento de acostarse. Se recomendará adelgazar a las personas obesas.

Entre los alimentos prohibidos están: chile, especias, jitomate y tomate guisados, salsas, mayonesa, ajo, cebolla, alcohol, vinagre, café, café con leche, te negro, pan dulce, refrescos, chocolate, pasteles, caldo, consomé, jugo de carne, frituras, fritangas, antojitos, atoles, encurtidos, papas, tamales y no fumar.

Entre los alimentos permitidos está la carne de res o ternera asada cocida a la parrilla. Pollo asado, cocido o rostizado sin la piel, jamón cocido, pescado fresco a la parrilla, al horno, al vapor. Mariscos al natural, con poco limón, sopas, cremas, hechas en casa, sin caldo ni consomé.

Caldo de frijol o lentejas, arroz blanco, seco. Pastas con margarina y queso, sin jitomate.

Dos huevos al gusto, solos sin chile ni salsas, ni tocino. Quesos suaves, panela, fresco, manchego, chichuahua o asadero, margarina, leche desnatada, aguacate, puré de papas, puré de verduras, fruta fresca que no sea ácida, jugos de frutas frescas no ácidas, medias con agua, sin azúcar, jitomate crudo, pan blanco o negro, suave, tortillas de maíz de harina suave, galletas soda, usar en poca cantidad aceite de cártamo o mazola.

Se evitarán los movimientos y las posiciones que favorezcan el reflujo, como esfuerzos violentos, se aconsejará al enfermo dormir con la elevación de la cabecera de la cama, se evitará el uso de cinturones ortopédicos y fajas apretadas y que conviene tratar la tos crónica y el estreñimiento.

Dentro de las medidas higiénicas está también el comer sentado, hacer sobremesa, comer a horas fijas, masticar bien y despacio, tomar líquidos a pequeños tragos.

No tomar los alimentos bien calientes, no ingerir líquidos abundantes con la comida.

Separar una comida principal de otras por seis horas, una formal dentro de la dieta, no merendar, no usar ropa apretada en el abdomen, no levantar objetos pesados, no hacer esfuerzos considerables, en los que intervengan los músculos del abdomen, no acostarse acabando de ingerir alimentos, dejar pasar tres horas, no inclinarse doblando la cintura.

Los antiácidos, antes y después de los alimentos tienen una acción protectora de la mucosa.

El gel hidróxido de aluminio y magnesio es un antiácido local, se presenta como una suspensión coloidal de estas bases débiles, que al

ser administrada por vía oral neutraliza parcialmente la secreción ácida gástrica y elevan el pH, asimismo precipita e inactiva a la pepsina.

El hidróxido de aluminio es demulcente y forma una capa protectora sobre la mucosa gástrica, en tanto que las sales de aluminio que se forman a este nivel tienen acción astringente y al llegar al colon causan estreñimiento.

El estreñimiento que producen los compuestos de aluminio y la acción laxante de las sales de magnesio se contrarrestan al administrar antiácidos que contienen ambos iones como es el caso del gel Hidróxido de aluminio.

La dosis y la frecuencia de la administración depende de la severidad de los síntomas y la respuesta obtenida previamente con el medicamento.

La dosis usual para el adulto es de 400 a 800 miligramos.

Tres o más veces al día que equivale a 25 mililitros de suspensión.

Evita la secreción ácida gástrica, reduce importantemente el volumen y la concentración de iones hidrógeno tanto en estado basal (ayuno) como en la secreción inducida por alimento, histamina, insulina y caféna este efecto es dosis dependiente protege la mucosa gástrica del daño producido por la aspirina.

La Cimetidina se absorbe por vía oral, se liga escasamente a proteínas manteniendo concentraciones efectivas por 4 horas. Casi toda la dosis oral de cimetidina se excreta sin modificación por la orina en el curso de 24 horas, una fracción se excreta en la bilis que se elimina por las heces junto con el fármaco no absorbido.

Se distribuye ampliamente en casi todos los tejidos, excepto el cerebro, atraviesa la placenta y se excreta por la leche materna.

Dosis: oral, 300 miligramos cada 6 horas por 3 ó 4 semanas.

La toma se debe hacer con los alimentos o inmediatamente después.

En el manejo quirúrgico del reflujo gastroesofágico, la indicación más frecuente es la esofagitis por reflujo que no cede al tratamiento médico que es un 65%.

La obstrucción (en un 27%) que puede estar dada por estenosis esofágico o encarcelamiento de la hernia, en esta última la indicación quirúrgica es por problema mecánico.

La hemorragia es otra indicación que puede ser aguda en un 47%, o crónica (2%). Y finalmente la aspiración traqueal que condiciona enfermedad pulmonar (2%).

Responsable de la acción:

Los responsables son el personal profesional y capacitado para la atención de pacientes con problema de hernia hiatal.

Evaluación:

Se orientó al paciente en cuanto a las medidas higiénico alimenticias, obteniendo buenos resultados.

Se logró disminuir las molestias de regurgitación por medio del tratamiento médico y medidas higiénico alimenticias.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería se basa en el método científico, por lo que cada una de las acciones está bien fundamentada en bases científicas.

Todo ser humano expuesto a múltiples y variadas enfermedades, algunas poco comunes y otras muy frecuentes como es el caso de la úlcera gástrica.

La úlcera gástrica es un padecimiento que generalmente se presenta en personas mayores de 30 años, hombres por lo regular, más que en mujeres, su etiología no sólo es por factores de tipo alimenticio, sino que también intervienen los factores psicosociales, como es el caso de aquellas personas que desarrollan una actividad muy grande o también aquellas que son muy aprensivas o agresivas, además cabe mencionar los malos hábitos higiénicos, ya que es fácil que se desarrolle en los individuos que son de tabaquismo o alcoholismo crónico.

Los signos y síntomas que presentan son variables, ya que se puede llegar a confundir con otro padecimiento como son vrices esofágicas o úlcera de esófago.

Cuando este padecimiento no es atendido oportunamente pueden surgir complicaciones como es una hemorragia severa por perforación de estómago, y entonces puede desencadenar un desenlace fatal.

En el caso del paciente se desarrolló a partir de los síntomas de infección gastrointestinal por lo que presentó fiebre, evacuaciones diarréicas, náuseas y vómito, continuó posteriormente con problema de dolor, regurgitación, astenia, adinamia, agresividad.

Después de los estudios realizados al paciente como serie esófago gástrico, se le detectó una hernia hiatal, además de la úlcera gástrica en el fondo sobre la curvatura mayor y agregada anemia de II grado, de donde se estableció el diagnóstico de úlcera gástrica complicada con una hernia hiatal así como una Salmonelosis agregada.

El tratamiento a base de lavados gástricos con agua helada, soluciones parenterales, antiácidos, (Gel hidróxido de aluminio) antiulcerosos (cimetidina) y dieta para ulcerosos.

Su evolución fue satisfactoria, ya que el tratamiento fue oportuno y adecuado.

El proceso de atención al paciente lo siguió en su casa y por medio de la consulta externa.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método por el cual se puede conocer mejor al paciente y detectar sus necesidades, ya que por medio de la historia clínica nos ayuda a realizar un Diagnóstico de Enfermería y así poder cubrir las necesidades del paciente.

Durante la estancia del paciente en el servicio de gastroenterología se logró una comunicación enfermera paciente.

Al principio se observó al paciente inseguro porque desconocía el ambiente hospitalario, sobre todo porque no se le había informado de lo que se le iba a realizar, teniendo ya 24 horas de haber ingresado al servicio.

Al dialogar con el paciente sobre su enfermedad se le pudieron aclarar algunas dudas que tenía y así el paciente mostró confianza con el personal de enfermería.

En primer lugar se le informó sobre el padecimiento y el por qué de las molestias que tenía.

Se le habló acerca de los estudios como es el de la serie esófago-gastro-duodenal, la cual se le iba a hacer, en que consistía y de qué manera se le iba a preparar para el estudio, así también se le orientó sobre los análisis que se le tenían que tomar, la preparación para la toma de ellos y por qué se le tenían que hacer.

Se le informó sobre la dieta que tenía que tomar, los beneficios que tendría de ella, así como también se le orientó acerca de las medidas higiénicas que debería llevar a cabo, para disminuir sus molestias.

Se le informó acerca del tratamiento que iba a tener, de acuerdo a las indicaciones del médico, la vía y la dosis y por cuanto tiempo, y así también se le pidió que informara al personal de enfermería sobre cualquier molestia que ocasionara el medicamento para informar inmediatamente al médico y suspender el medicamento.

Se le pidió que cooperara para tomar únicamente el tratamiento y dieta indicada por el médico y que por ningún motivo tomara otras cosas que no se dieran dentro del hospital y por el personal indicado.

Se platicó con sus familiares para que ayudaran a seguir estas indicaciones, y además que tendría que contribuir a ser menos pesada su estancia en el hospital, y consiste en lo siguiente: no platicar o informarle de cosas desagradables, no llevarle cosas que no sean indicadas por el médico, hacerle amenas las horas de visita.

Durante la estancia del paciente en el hospital, se obtuvo buena cooperación para llevar a cabo el tratamiento y practicar estudios y análisis.

También mostró buenas relaciones intrahospitalarias, con todo el personal, así como con sus compañeros de sala.

Al ser dado de alta se le informó al paciente, que en adelante tendría que tener cuidado con su padecimiento para no tener recaídas, acudir a sus citas en consulta externa, en la fecha y hora señalada, y el tratamiento y dieta indicadas por el médico, las cuales tendría que llevar a cabo. .

Se le indicó que cualquier molestia que tuviera acudiera inmediatamente con su médico.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Luis Martín

Fundamentos de gastroenterología, Ed. Copyright.ASOCIACION Nacional de
Escuelas de Enfermería, A.C.Proceso de Atención de Enfermería; México, D.F., 1982.

DWORKEN, Harvey J.

El tubo digestivo; Ed. Interamericana, México, 1977,
398 pp.

GARDNER, Osburn

Anatomía Humana; 2a. ed.,
Ed. Interamericana, México,
462 pp.

KING, Eunice M.

Técnicas de enfermería, Ed.
Interamericana, México, 1979,
376 pp.MARVIN H., Sleisenger
John S. Fordtran.Tratado de gastroenterología;
Ed. Interamericana, México,
1978.

MARRINER, Ann

El Proceso de Atención de Enfermería (un enfoque científico)
2a. ed., Ed. El Manuel Moderno,
México, 1983, 325 pp.

NORMARK, Madelyn Titus

Principios científicos aplicados a la enfermería; Ed. Prensa Médica Mexicana, México,
1967, 295 pp.

PRAXIS Médica

Aparato digestivo IV. Ed.
Médica Francesa, 1985.

SALVAT

Diccionario Médico, 1979,
632 pp.

SAN MARTIN, Ferrari. Hernán

Salud y enfermedad; Ed.
Prensa Médica Mexicana, México,
1981, 893 pp.

SMITH, Germain

Enfermería Médico quirúrgica
3a. ed., Ed. Interamericana,
México, 1973, 1202 pp.

SOTOMAYOR, Luis Felipe

Nosología básica de los esta-
dos de shock; Ed. Manuel
Quesada, México, 1977, 369
pp.

SPIRO M., Homard

Gastroenterología clínica; Ed.
Interamericana, 1972.

ROBBINS, Angel

Patología básica; Ed. Intera-
mericana, México, 1975, 608
pp.

WILLIAM F., Ganong

Fisiología médica; 5a. ed.,
Ed. El Manual Moderno, Mé-
xico, 1976, 690 pp.