

TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

Tratamiento. - En las diarreas benignas se disminuirá el aporte alimenticio sobre todo de grasas e hidratos de carbono, suele emplearse leche sin endulzar debido que la sacarosa al sufrir su transformación metabólica los glúcidos no solubles pasan hasta el intestino para ayudar a la estimulación de la defecación. -- Se emplearán leches descremadas, mayor aportación de agua -- utilizándose sobre todo el ayuno terapéutico durante doce o veinticuatro horas para normalizar más rápidamente las heces, --- siempre vigilando la hidratación del niño. Para la normalización de las heces, se utilizarán suspensiones que contengan caolin o pectina en cantidades adecuadas, éstas suspensiones formando un tapón que aunado a un antibiótico como la neomicina (de acción exclusiva intestinal) ayudará a la más rápida recuperación.

En el tratamiento para las diarreas graves, sea cual sea la gravedad de éstas, el aspecto más importante y urgente es aliviar la acidosis y la deshidratación, se utilizarán en éstos casos la hidratación por vía intravenosa continua indicando el médico el tipo de solución y el tiempo en que se pasará la misma. En el tratamiento medicamentos si se trata de corregir los vómi

tos, utilizarán derivados de la atropina, antibióticos según el -
resultado del antibiograma tomando muy en cuenta la toxicidad
de éstos y dosificándolos según su edad, interviniendo también
la restauración de la dieta, control de peso y medicamento de -
sostén para la anemias en caso de existir éstas que será de ----
acuerdo con el tipo de cada una (feropriva, aguda de primer gra
do, etc.)

Cuidados de Enfermería. - Debemos tener muy en cuenta que el
estado emocional en el niño está alterado como en cualquier --
otra enfermedad, por lo que ayudaremos a su restablecimiento
siendo maternal y comprensiva (dándoles sus alimentos en los -
brazos, atenderlos en todo lo que sea posible y el tiempo lo per
mita) como responsabilidad inmediata vigilaremos la administra
ción de los líquidos ya sea orales si la diarrea es benigna, o --
parenterales si ésta es grave, ya que de ello depende la mejo--
ría de su deshidratación, por lo que se tomarán precauciones -
debido que si se administran con rapidez al ser orales producen
vómitos frecuentes y si son parenterales pueden traer como re
sultado una descompensación volémica o Electrolítica que al oca

sionar alteraciones graves son a veces mortales a causa de los trastornos cardiorespiratorios (edema agudo del pulmón y metabólicos) teniendo muy en cuenta que los líquidos no sobrepasen de 150 Ml. por kilogramo de peso en las 24:00 hs.

Se vigilará que la solución pase lentamente aproximadamente de 20 a 30 gotas por minuto, o según goteo indicado por el médico. Teniendo en cuenta la inquietud de los niños nos ayudaremos con férulas para la inmovilización de la región donde se encuentre la punción, evitando así las infiltraciones y punciones repetidas veces al niño. Al vigilar constantemente la venopunción al igual que el goteo, se verá que las telas adhesivas -- que sujetan la férula no se encuentre haciendo compresión pues causa trastornos en la circulación sobreviniendo escorreciones o necrosis.

La venopunción no deberá durar más de 36:00 hs., ya que es molesto para el niño y al haber un cuerpo extraño en el -- organismo éste empieza a actuar y a elaborar defensas y a la --- vez por el tiempo transcurrido trae como complicaciones una --- flebitis.

A causa de la deshidratación las venas del niño se co

lapsan y el médico tendrá que valerse de otros medios como es la venodisección, teniendo el equipo preparado.

EQUIPO. -

Charola con compresa

3 pinzas mosquito

2 pinzas kelly rectas

2 pinzas kelly angulares

1 pinza de disección con dientes

1 estilete

1 porta agujas

1 pinza de asepsia

2 agujas de sutura curvas cortantes

1 mango y hoja de bisturí

1 tijera mayo

1 equipo de anestesia local:

jeringa y

agujas de No. 21, 22 y 23

2 agujas No. 20 y 21 punta roma con cg

teter

seda 00 y 000 ceros

torundas

gasas

comprensas abiertas

*Todo este equipo estará esterilizado, agregándole novocaina y -
sierra y teniendo aparte soluciones antisépticas, riñon y los ---
guantes.*

*La colaboración de la enfermera, además de tener -
todo preparado le dará al médico todo lo que éste necesite, su--
jetando al niño sin dificultar la manipulación.*

*Después se vigilará que el cateter no se salga de la -
vena, cambio de gasa con previo aseo de la incisión hecha, ade-
más de las observaciones enumeradas para la venopunción. De-
bido que por este método es más fácil la vía de entrada de los --
microorganismos por ser una técnica abierta y expuesta a conta-
minaciones se evitará a lo máximo, la venodisección. No de---
biendo estar ésta más de 72 Hs., por ocasionar flebitis como --
complicación.*

Se vigilará que las soluciones pasen a su hora, suje-

*ción de manos y pies, si es necesario, para evitar se saque el -
cateter.*

*Se humedecerán mucosas, haciendo aseo de boca, --
constantemente para evitar los agretamientos y a la vez el mal -
olor por el acumulamiento de las secreciones, usando en estos -
casos aseos bucales constantemente con soluciones antisépticas-
(cepacol, benzal para aseos bucales, etc.) y a la vez tener habi-
lidad para hacer ingerir cantidades adecuadas de líquidos orales,
ayudándolos así a la rápida hidratación, evitando en lo más posi-
ble la venoclisis. Los líquidos orales se darán en pequeñas can-
tidades dejando a elección del niño el líquido de su agrado. Pro-
curando sean entre las fórmulas en caso de que no tenga ayuno, -
pudiéndose dar de una a tres onzas según acepte el niño.*

*Para poder facilitarle al médico el control del niño, -
la conducta a seguir será, llevar un control estricto de los líqui-
dos por lo que se anotará en una hoja de la enfermera las Inges-
tas y Excretas de cada turno, ya sea que se valore cada 24:00 -
hs. o cada 12 horas según el caso lo amerite.*

Ingestas. - Se medirán todos los líquidos que se le den al niño, -

tanto orales como parenterales.

Excretas. - Para medir la orina nos ayudaremos con el orinal o la bolsa al igual que si se fuera a recoger una muestra de orina (para después ponerse en un frasco limpio y graduado y así saber la cantidad exacta de orina).

Las evacuaciones se medirán, pesando de antemano el pañal que se le pone al niño, restándose después el peso del pañal solo, se llevará también un control de temperatura tomándose en lapsos más o menos cortos ya que también hay pérdida de líquidos por la sudoración.

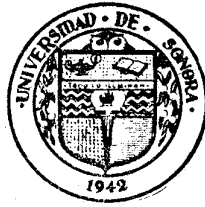
Cuando el niño acepta los líquidos por vía oral le -- llamamos hidratación voluntaria. Se utiliza la hidratación forzada por el rechazo de ellos siendo en este caso la gastroclisis por donde se pasarán todas las soluciones indispensables, dándose a goteo lento, pues si se pasan rápido hay una acumulación de líquidos en el estómago sobreviniendo por consecuencia el vómito. Se vigilará constantemente el goteo al igual que si fuese -- una venoclisis. Si se pasa alimentos o medicamentos se pondrá inmediatamente después agua en cantidad suficiente para -----

que se lave la sonda y evitar que se tape. Este método también ayudará a la vez a la hidratación, a la alimentación evitándose así la anemia.

Es importante también que tengamos en cuenta la administración de sus medicamentos ya sea orales o parenterales, éstos deben ser a su hora y según la descripción médica, pues de ello depende parte de su pronto restablecimiento, debiendo tener como precauciones que la dosificación que se dé, sea exacta. No debemos forzar al niño a que tome sus medicamentos, ya que le causará una aversión a ellos o simplemente los tire y a veces le provoca el vómito y será así cada vez más difícil para dárseles (en la hoja de la enfermera se anotará hora y cantidad que haya tomado el niño de medicamento si es oral y a la vez, la dosificación si es parenteral).

Si el niño está febril se utilizarán métodos físicos, para el control de la fiebre como son bolsas con hielo, para la aplicación de éstas se protegerá la piel con compresa y luego se pone la bolsa protegiéndose con otra compresa para conservar la temperatura requerida y evitar que se moje el niño, a la

UNIVERSIDAD DE SONORA



Cuidados de Enfermería a Enfermos
con Úlcera Péptica

T E S I S

que para su Graduación de
Enfermera, presenta la Srita.

MARTHA HERRERA SNAPE

Hermosillo, Son., Febrero de 1960

CUIDADOS DE ENFERMERIA A ENFERMOS CON ULCERA PEPTICA.

Martha Herrera Snape.

El trabajo que presento a vuestra consideración es solamente una síntesis de investigaciones hechas por grandes científicos y recopilación de datos tomados del conjunto de cuidados que proporcioné a mis pacientes.

*Apelo pues a vuestra venolencia aceptar éste sencillo trabajo confiando en que tal vez los cuidados de enfermería que en mi tesis doy a conocer sean en beneficio de nuestros pacientes con *Úlcera Péptica* y sobre todo lleguen a ampliar la atención al paciente.*

BREVE DESCRIPCION DE LA ANATOMIA Y PISIOLOGIA DEL ESTOMAGO

El estómago es la cuarta porción del tubo digestivo y está comprendido entre el esofago y el duodeno, en la región celiaca correspondiente con el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, se encuentra sostenido en su posición por su continuidad con el esofago hacia arriba, duodeno hacia abajo y secundariamente por los epiplones gastrohepático gastroesplénico, y ligamento gastrofrénico.

F O R M A.— Varía tanto en el vivo como en el cadaver, en este último aparece como una bolsa alargada de arriba a abajo de izquierda a derecha y aplanada de adelante a atrás se puede distinguir: una porción vertical que comprende las dos terceras partes del órgano, la otra horizontal o ligeramente ascendente de izquierda a derecha que se encuentra limitada por dos curvas una superior interna de menor tamaño y otra externa mucho mayor. En el vivo por medio de radioscopias y radiografías se observa que el estómago presenta forma de una "J" con una porción vertical que representa los dos tercios del órgano donde se observa una cámara de aire variable según el in-

dividuo y corresponde a la porción diafragmática. La imagen que se obtiene varía según la tonicidad del órgano que puede ser hipertónico, ortotónico, hipotónico y atónico.

C A P A C I D A D.— La capacidad varía entre mil y mil quinientos centímetros cúbicos pudiendo presentar variaciones debidas a los hábitos, costumbres, y régimen alimenticio del individuo. Para su estudio anatómico, fisiológico y patológico el estómago se divide en varias partes:

PORCION VERTICAL.— Esta porción comprende en su parte media el cuerpo del estómago y por encima de él la tuberosidad menor o fondo de saco menor del estómago. Con el polo inferior en la parte inferior del mismo.

PORCION HORIZONTAL.— La porción horizontal comprende el vestibulo o antro pilórico el cual termina en el orificio pilórico; la gran tuberosidad, el cuerpo, la pequeña tuberosidad y la porción horizontal se encuentran limitados por la Curvatura Mayor que empieza en el borde izquierdo del esófago y al unirse con el estómago bordea la tuberosidad mayor pasando por su polo para luego descender verticalmente por el lado izquierdo del cuerpo, se continúa con la pequeña tuberosidad hasta llegar al polo inferior formando el llamado borde Cólico (por sus relaciones con el colon transversal) se continúa con el piloro donde termina.

Por el lado derecho se encuentra la curvatura menor que principia: Por arriba el nivel del cardias y es continuación del borde derecho del esófago, se dirige verticalmente por el lado derecho del cuerpo, cambia bruscamente de posición y corre a la derecha hacia arriba y hacia atrás para continuarse con el borde superior de la primera porción del duodeno esta curvatura es más gruesa que la curvatura mayor y a más de un borde simple presenta (dobles) dos vertientes una anterior y la otra posterior, por último dos orificios superior ó Cardias u orificio esofágico que marca el límite del esófago y el estómago por el contraste de la coloración roja de lamucosa gástrica y con el color gris de la mucosa esofágica. En su interior se observa un pliegue que se llama válvula cardiesofágica que corresponde al ángulo agudo de el esófago y tuberosidad mayor del estómago y corresponde al disco intervertebral que separa la 12va. de la 11ma. dorsal.

RE L A C I O N.— Por delante con el borde posterior del hígado, por detrás con el neumogástrico derecho y el pilar izquierdo del diafragma y aorta, a la izquierda con el borde interno de la gran tuberosidad la cual se proyecta hacia adelante donde corresponde a la articulación del séptimo cartilago costal izquierdo, a la derecha se encuentra con las terminaciones del neumogástrico. El otro orificio denominado Píloro u orificio duodenal colocado en la parte inferior de la curvatura menor. En este orificio se encuentran formaciones que no existen en el cardias, como la válvula pilórica que vista desde el estómago presenta la forma de un embudo mientras que observada desde el duodeno sus paredes son verticales y planas y son perpendiculares a la pared duodenal. En la válvula pilórica se encuentra el esfínter pilórico formado por el engrosamiento o condensación de la capa fibrosa circular del estómago que levanta la mucosa y origina el pliegue que constituye dicha válvula. También el píloro se encuentra a la altura de la primera vértebra dorsal y se relaciona por delante con el Lóvulo cuadrante del hígado, hacia atrás con la vena porta y la arteria hepática al penetrar ésta en el pequeño epiplón y con la cabeza del páncreas. Su borde superior se haya en relación con la arteria pilórica y nervios pilóricos de los cuales despréndese el pequeño epiplón mientras que del borde inferior se desprende el borde derecho del epiplón mayor. Su configuración interna se encuentra constituida por mucosa gástrica de color rojo en vivo y color gris en el cadaver. Recorren toda su extensión (Cuando el órgano está vacío) numerosos pliegues que se cruzan entre sí limitando deprecciones de forma variable. Los pliegues formados en estas condiciones desaparecen cuando se distiende el estómago existiendo nada más los llamados mamelones de forma poligonal y limitados por surcos que no desaparecen a pesar de la distensión.

RELACIONES DEL ESTOMAGO.— Se distinguen dos caras la anterior y la posterior, dos bordes o curvatura mayor y menor y las dos extremidades cardias y píloro ya mencionados.

CARA ANTERIOR.— Está relacionada con la pared torácica y la pared abdominal con el tórax y tal relación se hace por medio del diafragma y del transverso del abdomen por lo tanto se comunica con el seno pleural costo diafragmático (Ya que se encuentra entre el transverso del abdomen y la pared costal) también se relaciona con el borde inferior del pulmón izquierdo y si se proyecta sobre su pared costal se corresponde a la quinta o novena costilla, aparte de los espacios intercostales situados al nivel de la línea mamaria.

En esta región hay sonoridad timpánica, ausencia de ruidos aspiratorios y se le llama **ESPACIO SEMILUNAR DE TRAUBE** cuyo límite superior externo es convexo revasando hacia afuera ligeramente la línea mamaria descendiendo hasta la novena y décima costilla. El límite inferior corresponde al borde condral a partir de la apéndice xifoides y a la décima costilla. La cara anterior del estómago en relación directa al abdomen tiene forma triangular y se llama triángulo de la Labbe relacionando su borde interno con el borde del hígado, el borde inferior por la línea de Labbe que va del noveno cartilago condral derecho al izquierdo y el resto de la cara anterior del estómago se relaciona con la cara inferior del hígado y del colon transversa.

CARA POSTERIOR.— Corresponde a la cavidad posterior de los epiplones limitado por la hoja peritoneal que cubre la cara posterior del abdomen facilitando esta disposición los movimientos del estómago. A través de estas hojas peritoneales el estómago se relaciona con el riñón con la cápsula suprarrenal izquierda con la cara interna del vaso, con la cara anterior del cuerpo, cuello y cabeza del páncreas ya que la cola de éste cruza la curvatura mayor. La cara inferior de la parte posterior del estómago se relaciona con el mesocolon transversa y por intermedio de las asas intestinales.

CURVATURA MAYOR.— Se encuentra en relación con las arterias y venas gastroepiplónicas derecha e izquierda que están entre las dos hojas peritoneales anterior y posterior del estómago que al llegar a este nivel se adosan para formar la tuberosidad, porción horizontal, gran epiplón y por encima de éste siguiendo la curvatura mayor, el epiplón gastroesplénico quedando unido curvatura mayor con colon transversa.

CURVATURA MENOR.— Forma una curva de concavidad derecha desde la undécima dorsal a la primera lumbar situación más profunda que la curvatura mayor y más gruesa, las dos vertientes anterior y posterior formando en la parte posterior antes de adosarse un espacio que contiene los vasos principales del estómago nervios y ganglios linfáticos y las coronarias, la curvatura menor está unida al hígado por el epiplón menor y se continúa con el borde superior de la primera porción del duodeno y juntos limitan la región celiaca de Luschka que está cubierta por epiplón menor y el lóbulo de Spiegel al fondo se encuentra la vena cava inferior a la derecha la aorta de la parte izquierda emana el tronco celiaco y por delante de él se encuentra el

plexo solar con múltiples ramas de unión a los ganglios semilunares, por su parte posterior se encuentran los pilares del diafragma y más atrás los cuerpos vertebrales de las tres últimas costillas dorsales y primera lumbar y todo se pone en relación con el eiplón gastrohepático por medio de la hoja parietal del peritoneo.

CONSTITUCION ANATOMICA DEL ESTOMAGO.— Se encuentra el estómago constituido por una túnica serosa, muscular, celular y la última mucosa.

TUNICA SEROSA.— Está formada por el peritoneo que cubre el estómago, por dos hojas, cara anterior que se prolonga del cardias hacia la cara anterior del esófago hasta la parte inferior del diafragma en donde se continua con el peritoneo diafragmático hasta llegar al píloro en donde termina y la hoja posterior asciende hasta la vertiente posterior de la tuberosidad mayor sin cubrirla totalmente, después se refleja hacia atrás para formar el peritoneo parietal dejando libre parte de la superficie del estómago a ese nivel se continúa con el peritoneo gástrico y por la derecha se continúa con el pequeño eiplón, por la izquierda con el eiplón gastroesplénico y hacia abajo con el eiplón mayor.

La parte anterior y posterior adosadas al nivel de la curvatura menor del estómago forman el eiplón gastrohepático conteniendo la arteria hepática la vena porta y conductos viliares, este eiplón es más grueso en la parte hepática y en el cardias que en la porción media. El eiplón gastroesplénico en su parte superior o sea el polo superior del estómago se dirige al diafragma formando el ligamento gastrofrénico. El eiplón mayor o gastrocólico se forma al adosarse en la parte inferior de la curvatura mayor. Las hojas peritoneales anterior y posterior del estómago descienden entre asas intestinales y pared anterior del abdomen hasta el pubis para después formar el mesocólon al juntarse en la cara posterior del colon transverso.

TUNICA MUSCULAR.— Se encuentra formado por fibras lisas dispuestos en tres planos: superficial, medio y profundo. **LA SUPERFICIAL.**— Es continuación de las fibras longitudinales del esófago que al llegar al cardias se esparcen en la cara anterior y posterior, del lado izquierdo pasan a formar la curvatura mayor y las fibras del lado derecho la curvatura menor formando un grueso reborde que recibe el nombre de corbata suiza.

EL PLANO MEDIO.— Está constituido por fibras musculares circulares que se extienden del cardias al piloro donde se continúa con circulares del duodeno después de condensarse en la válvula pilórica para constituir el esfínter del piloro.

PLANO PROFUNDO.— Se encuentra formado por fibras en asa llamadas también parabólicas cuya parte media corresponde al borde izquierdo del cardias y sus dos ramas a la cara anterior y posterior del estómago. Las fibras superiores se dirigen a la gran tuberosidad del estómago y las inferiores descienden unas oblicuamente y otras verticalmente sobre las caras del estómago.

TUNICA CELULOSA.— Se haya integrada por tejido conjuntivo laxo y fibras elásticas conteniendo en su interior un rico plexo nervioso y numerosos vasos sanguíneos, se adhiere íntimamente a la mucosa y muy poco a la muscular.

TUNICA MUCOSA.— Cubre la parte superior e interna de las paredes del estómago y se prolonga de la mucosa esofágica de arriba y la duodenal de abajo. Posee color blanquesino cuando está en reposo, y rojo cuando está lleno, su mayor grosor se encuentra en el piloro donde alcanza dos milímetros y disminuye a medida que se aproxima al cardias hasta poseer medio milímetro de espesor. La mucosa está formada por capa epiteal que tapiza los pliegues y numerosos surcos.

CAPA PROFUNDA.— La capa profunda o córion donde se encuentran las glándulas está formada por celulas estrelladas con formaciones glandulares de la mucosa.

GLANDULAS DEL ESTOMAGO.— Ocupan la mayor parte de la dermis se extiende del cardias al piloro y son muchas, de diversas clases según su morfología y situación.

GLANDULAS PILORICAS.— Son glándulas tubulares, ramificadas cuyos tubos secretores se repliegan sobre sí mismos originando el glomérulo, se asemejan a las glándulas de Brunner que se encuentran en el duodeno.

GLANDULAS DEL FONDO O FUNDICAS.— $\frac{1}{4}$ Partes se encuentran

distribuidas por toda la mucosa y se les nombra también glándulas de pepsina. Están formadas por tubos secretores en número variable y su secreción se dirige a un tubo escretor común el cual desemboca en una cripta mucosa en forma de embudo. Sus paredes están revestidas de epitelio gástrico.

GLANDULAS CARDIALES.— Se encuentran situadas en la mucosa que reviste al cardias, tienen forma de tubo ramificado de amplia luz y ocupan una zona de cinco a seis milímetros de altura.

GLANDULAS DE TIPO INTESTINAL.— Se encuentran diseminadas en la región pilórica, curvatura menor, sobre la válvula pilórica y son semejantes a las glándulas de Lieberkunn.

VASOS Y NERVIOS DEL ESTOMAGO.— Este órgano recibe sangre arterial de la coronaria estomática, pilórica, gastroepiploicas derecha e izquierda y de vasos cortos todos ellos forman un círculo arterial gástrico que recorre la curvatura mayor y menor y del cual parten múltiples ramas que se distribuyen en la cara anterior y posterior. Después de atravesar el músculo forma una red rica en vasos y forma los plexos periglandulares y la red superficial para el epitelio. Del plexo Subglandular se desprende el conducto eferente que se unirá con los linfáticos de la capa muscular formándose después una red subperitoneal cuyas ramas eferentes desembocarán en los ganglios gástricos.

INERVACION DEL ESTOMAGO.— Macroscópicamente se observa que el neumogástrico izquierdo que desciende por la cara anterior del esófago al llegar al cardias emite una rama izquierda la cual se divide en múltiples ramas para inervar los dos tercios superiores del cuerpo del estómago (Ramas gástricas) la rama media, rama pilórica que desciende al vestibulo y al conducto pilórico y una rama derecha llamada rama hepática destinada al hígado. A su vez el neumogástrico derecho en relación con la cara posterior del esófago se divide en tres: la rama izquierda que inerva el cardias, pequeña curvatura y porción superior del cuerpo del estómago. Forma ramas gástricas posteriores, ramas medias que descienden hasta abordar la cara posterior del vestibulo y del piloro (Pilórica posterior); la rama derecha que es la más gruesa de todas se encuentra destinada al ganglio semilunar derecho. Estas dos ramas del neumogástrico pilórico descienden por la curvatura menor del estómago comprendida entre las dos hojas del epiplón gastrohepático constituyendo el nervio coronario de la curvatura menor de Valenín o gran nervio anterior y posterior de Tarjet y Bonet. Las fibras del neumogástrico pueden seguir hasta la túnica muscular donde se pierden en plexos más o menos abundantes.

INERVACION SIMPATICA.— Se realiza por medio de los nervios que acompañan a las arterias que los nutren, aunque recibe otros que se confunden con ramificaciones del neumogástrico. Se ha encontrado que a la altura del cardias se mezclan las fibras del neumogástrico con fibras simpáticas constituyendo las fibras mixtas que descienden juntas hasta la capa muscular media, también hay simpáticos aislados procedentes del ganglio semilunar como la rama cardial que aborda la cara posterior del cardias. También el estómago posee inervación intraparietal compuesta por neuronas fácilmente observables, se encuentran en la pared del estómago en la pequeña curvatura y las fibras de estas neuronas corren paralelas a las fibras musculares y terminan por dilatación nodular en comunicación con el protoplasma de células musculares. Se pueden encontrar neuronas multipolares en la túnica muscular, submucosa y se cree indudablemente comprendidas en las formaciones ganglionares openchoneski y sus prolongaciones forman el plexo de auerbach y de meissner en íntima relación con la inervación extrínica.

FISIOLOGIA DEL ESTOMAGO.— El alimento sufre transformaciones químicas desde la boca originadas por la acción de diferentes sustancias; principia con la masticación, 2do. trituración del alimento; simultáneamente se realiza la insalivación formando así el bolo alimenticio, se continúa la deglución y llega por medio de los movimientos peristálticos de la faringe y el esófago hasta el estómago.

DIGESTION ESTOMACAL.— Al llegar el bolo alimenticio al estómago entran en mayor actividad los movimientos peristálticos que aumentan a medida que la cantidad de alimento es mayor; los movimientos se dividen en dos: **PERISTALTICOS** en los que el alimento va del cardias al píloro, los **antiperistálticos** que se efectúan en sentido contrario y llevan a cabo la mezcla entre sí, con el jugo gástrico y así el alimento sigue dos corrientes la de las curvaturas los peristálticos y las centrales, los antiperistálticos. Estos movimientos durarán un término de tres horas hasta formarse el quimo; se va vaciando por pequeñas cantidades y sale según composición ya que los líquidos pasan al duodeno al poco tiempo de haber llegado al estómago, los hidratos de carbono al cabo de una hora o más, los albuminoides después de dos horas o más quedando en el estómago las materias indigestas como las grasas.

FUNCION QUIMICA.— El agente de esta función es el jugo gástrico, líquido de color claro, de olor característico desagradable, de acción a-

cida y está constituido aproximadamente por 99% de agua, dos por ciento de varias sales (cloruros sódico, cálcico, etc., fosfatos de hierro, calcio, etc.), de 2 a 4% de ácido clorhídrico libre; pequeña cantidad de mucus, el resto de tres fermentos pepsina, la presura y la lipasa esteapcina o estearasa pero las substancias más importantes son el ácido clorhídrico y los fermentos, segregados todo por células distintas de la misma glándula o sea la péptica formada por numerosas células cuboides que elaboran los fermentos y las redondeadas de mayor tamaño que elaboran el ácido clorhídrico.

ACCION DE LA PEPSINA.— Es el fermento más abundante y actúa solamente en medios ácidos transformando los albuminoides principalmente en peptonas.

LA ACCION DE LA PRESURA.— Este fermento existe en mayor proporción en los recién nacidos que en los adultos y su primera acción es coagular la caseína de la leche aún cuando no sea en un medio ácido transformándola en una especie de peptona.

ACCION DE LA LIPASA.— Es el tercer fermento menos abundante, obra sobre las grasas que llegan emulsionadas ya al estómago en forma de gotas transformándolas en glicerina y ácidos grasos igualmente es la acción que verifica el jugo pancreático.

ACCION DEL ACIDO CLORHIDRICO.— Este líquido no se encuentra libre en ningún órgano ni en ningún líquido orgánico, y la mayor parte de los fisiólogos aprueban que proviene del cloruro de sodio y que cuanto mayor cantidad que se encuentre en la sangre mayor es el ácido del jugo gástrico. Esto se comprueba por el tratamiento hiposódico que se les da a los hiperclorhídricos. La misión de éste es muy importante ya que la pepsina no actúa más que en el medio ácido y además que el pepsinógeno que es la substancia segregada, por las células no se transforma en pepsina si no hay presencia de líquido ácido. También hay que agregar que la secreción pancreática se verifica cuando pasan por delante de sus conductos líquidos ácidos; finalmente podemos agregar que el jugo gástrico posee un gran poder microbicida gracias al ácido clorhídrico.

JUGO GASTRICO Y SU MODO DE OBTENCION.— El hombre segrega de 1 a 5 litros de jugo gástrico pero dicha secreción no es continua pues cuando

no hay alimento no hay secreción a menos que se active el apetito, por medio psicológico activando las secreciones del jugo gástrico como lo demuestra el experimento de PAVLOV. Generalmente cuando el alimento ha caído al estómago la secreción dura de ocho a diez horas se le da el nombre de secreción de alimento o segunda secreción ya que la primera se efectúa al estimular el apetito por medio del olfato de la vista etc. Hay algunas substancias que determinan más la secreción del jugo gástrico que otras ejemplo poptógenâs capaces de aumentar dicha secreción de un modo bastante considerable, su mecanismo es algo complicado ya que no actúan directamente las peptonas y éstas se pueden encontrar en algunos alimentos como los jugos de carne cruda, caldo, etc. El peptógeno se absorbe, pasan a la sangre y ésta toma elementos para formar sus fermentos (dextrinas y peptonas) y así influyen y activan la secreción de substancias ya formadas. La digestión efectuada aquí no es completa ni indispensable ya que algunos fisiólogos han comprobado que se puede vivir sin el estómago como en el caso de las gastrostomias. Se hace la aclaración de que el ácido clorhídrico no actúa sobre la mucosa del estómago porque posee una pepsina que la protege (en caso de desminución de ésta, se destruye la mucosa, que forma la úlcera y variedades). Después de la digestión del estómago pasan los alimentos al intestino donde termina su transformación pasando aquí en forma de quimo y se efectúa debido a las contracciones de sus fibras longitudinales y circulares que producen los movimientos peristálticos y antiperistálticos de el intestino delgado en virtud de los cuales se mezcla el quimo con los líquidos intestinales determinando su progresión hacia el ciego. La duración de éstos movimientos en dicha porción es de dos a tres horas y son movimientos rápidos en la porción del yeyuno y del deudeno y son retardadas en ileon ayudando a la acción de los jugos intestinales a la mejor conversión de el quimo en quilo. La transformación anterior se lleva a cabo por cambios químicos interviniendo jugo intestinal, jugo pancreático y bilis.

CARACTERISTICAS DEL JUGO INTESTINAL.— Es un líquido amarillento viscoso de reacción alcalina posee 5 fermentos: invertasa, sacarosa, o lactosa, maltosa, interasinasas y erepsina.

JUGO PANCREATICO.— Líquido de color claro viscoso parecido a la saliva de reacción alcalina posee tres fermentos: tripsina amilasa o amilopsina y la esteapsina, se obtiene por varios procedimientos del pancreas.

BILIS.— Cuando sale del hígado por el conducto hepático tiene un color amarillo dorado, la almacenada tiene color verde oscuro y es de reacción alcalina, recién segregada es dulce después amarga. Se segrega una cantidad de 1.200g ramos a 1.300 Gr. en cada mil con emulsión de todos ellos y actuando cada uno sobre los alimentos adecuados los transforma y se absorbe pasando a la sangre, se distribuyen en el cuerpo y el resto se desecha por la defecación.

ETIOPATOGENIA DE LA ULCERA:

ULCERA PEPTICA.— Quiere decir una pérdida de substancia de mucosa, ya sea gástrica o duodenal.

FRECUENCIA.— Es muy rara en la niñez, frecuente en la adolescencia, juventud y la edad adulta, poco común en la vejez y más frecuente en la edad de 20 a 40 años; la sufren los intelectuales y, el mayor por ciento, los que habitan en la ciudad.

Sobre su origen se ha estudiado y llegado a la conclusión de dividirlos en factores: extragástricos o constitucionales e intragástricos o locales.

FACTORES EXTRA-GASTRICOS.— La herencia, quedando el paciente predisuesto al heredar la forma de ser, de actuar y de reaccionar. Casos de tuberculosis declarada, gastritis crónicas, traumatismo sobre región epigástrica, o por cuerpos ásperos deglutidos, el alcoholismo queda como factor predisponente; el aspecto psico-somático como padecimientos intracraneales.

FACTORES LOCALES.— Disminución del calibre interno del calibre arterial de los vasos que irrigan el estómago, ya sea por embolia o trombosis; por arteritis sífilítica, etc. En caso de insuficiencia supra-renal porque hay deficiencia de hormonas. El factor neurogénico por ejemplo: pacientes irritables, ya que toda emoción psicológica tiene repercusión física, como la vergüenza (factor psicológico) trae el rubor (factor físico) debido a la vaso-dilatación; la que trae consigo un aumento de secreción gástrica (jugo gástrico) en los casos de hiperclorhidrea debilitando poco a poco la mucosa contra la acción irritante del jugo gástrico, contribuyendo también la gastritis crónicas y agudas.

ANATOMIA PATALOGICA.— La úlcera, frecuentemente, es única, pero pueden existir dos o tres. Su sitio habitual es la curvatura menor, existiendo en un 60%, sobre todo, en la porción yuxtá-pilórica, pudiendo después existir, en su parte media, en un 25% y, por último, en la parte alta. Las úlceras que se encuentran en la pared posterior y anterior son raras.

FORMA.— Es muy rara pero puede abarcar sólo mucosa o parte de ella, es de forma ovalada o redonda, de tamaño pequeño como una lenteja. También contribuye el que sea un proceso antiguo o muy reciente. En el último caso la pérdida de substancia es escasa, el diámetro, de $\frac{1}{2}$ a 1 cm., color rosado, forma redonda u oval, bordes no inchados ni despegados, su fondo, constituido por cualquier pared del estómago u órgano cercano ya sea páncreas o hígado, siendo mayor la pérdida de substancia mucosa que serosa, de modo que toma forma cónica con la base hacia la cavidad y vértice con dirección hacia el peritoneo. Las paredes de la úlcera son en forma de escalones formados por las capas del estómago. En caso de ulceración antigua su forma es irregular (estrella o herradura) dimensiones mayores que la anterior, color gris, bordes duros, salientes, su fondo indurado, se encuentran trayectos diversos, las paredes no presentan forma de escalones ni se reconocen las diversas capas del estómago ya que han substituído por tejido fibroso adulto. En caso de hipertrofia produce deformaciones de estenosis media, gástrica o pilórica; se pueden encontrar lesiones de peritonitis sub-agudas o perforación gástrica.

La causa principal o activa de la úlcera es la acción del jugo gástrico, hiperclorhidrea y debilitamientos de la mucosa contra la acción del jugo gástrico. Como vía de transmisión se lleva a cabo por deglución en caso de infección gástrica y solamente por vía sanguínea en caso de úlcera duodenal y parte posterior del intestino; así es que la úlcera es originada por pérdida de substancia debido a la acción de la pepsina en el medio ácido y principalmente por hiperclorhidrea o también por el caso de gastritis agudas o crónicas.

SINTOMATOLOGIA.— Generalmente el principio de las úlceras puede efectuarse de varias maneras: en forma brusca o inesperada por una perforación o hemorragia, o va evolucionando lentamente con las características de la enfermedad que son: apetito exagerado, puede ser normal pero raraménté disminuido; es posible observar cuadros de "hambre dolorosa" o sea que se calma el dolor al ingerir el alimento; la lengua es limpia de color rojo; puede presentar ptialismo tres horas antes o después del alimento; hay espasmos esofágicos o fenómenos de rejurgitaciones ácidas, tardías, con sensación de que madura en el trayecto faringo-esofágico; las pirosis se encuentran dos o tres horas después del alimento, habiendo ocasiones en que el enfermo se ve obligado a vomitar llegando, casi siempre, la próxima hora de alimentación. Se encuentran fenómenos dispépticos más o menos francos de gastritis cuya evolución puede tener

una larga duración, pero las más frecuentes son: dispepsia-vagotónica de evolución franca donde se encuentran exageradas las tres funciones del estómago: HIPERCLOHIDREA, HIPERTONIA Y SENSIBILIDAD EXAGERADA. También se encuentran periodos de dolor que duran desde un mes hasta quince días, seguidos de reposo desde un mes hasta un año. Durante la época de evolución el principal síntoma es el:

DOLOR.— Localizado en la región epigástrica de intensidad variable, aunque siempre fuerte y tardío con relación a los alimentos de tres a cuatro horas después de la digestión; principia y termina bruscamente con epigastralgia sin causa justificada y desde ese momento aparece el dolor tardíamente con cada uno de los alimentos hasta terminar el brote evolutivo, luego viene la etapa de reposo. El dolor puede irradiarse hacia el tórax o a la región dorso-lumbar, se presenta alteración con la rejurgitación de tal manera que los enfermos sufren mucho dolor, se quejan muy poco de pirosis y viceversa, la intensidad del dolor está de acuerdo con el grado de sensibilidad general, del sistema nervioso intimamente relacionado con el plexo solar o la mucosa, pero nunca en relación con la profundidad y extensión de la lesión. El dolor casi siempre es tardío en relación con los alimentos y se presenta a la misma hora en cada enfermo, se puede tratar en la mayoría de los casos de un dolor fuerte, verdadero calambre gástrico y aveces sólo existe una molestia dolorosa; se cree sea más frecuente cuanto más pequeña haya sido la comida ingerida y sucede lo contrario si es abundante. La intensidad del dolor también depende de la calidad de alimentos. Cuando el dolor llega a permanecer aún a la hora de la comida puede quitarse al ingerir ésta y en esa forma mitigarse los vómitos. Al venir la etapa del reposo se exaserva la enfermedad hasta el nuevo brote evolutivo en que pierde sus caracteres típicos: 1ro. evolución por periodos de varias semanas en el año; o puede ser evolución por crisis dolorosas en el día, habiendo variación, haciéndose crisis dolorosas cortas puede venir después periodos de dolor, la salud; pero puede observarse el paso a la cronicidad cuando las condiciones generales del organismo lo permiten (desequilibrio ácido-básico, trastornos nerviosos, etc.), después puede existir GASTRORRAGIA la cual se encuentra oculta, o puede manifestarse por melena o hematemesis ambas pueden ser ligeras, medianas o muy intensas y se acompañan de síntomas de hemorragia interna (palidez, bradycardia, lipotimia, extremidades heladas, síncope que puede ser mortal). La gastrorragia se presenta generalmente en las úlceras agudas. En las úlceras crónicas aparece, además del dolor, el vómito.

EL VOMITO.— Generalmente hay ulcerosos que no presentan vómitos o que lo hacen raramente y hay otros que lo presentan cuando el padecimiento se encuentra exaservado presentando vómitos seguidos varias horas después de cada alimento con las siguientes características: alimento no digerido, presencia de sangre roja o color marro (cuando la úlcera es perforada) o compuesta por jugo gástrico, moco, bilis, estado nauseoso; puede haber descanso después del vómito y cuando éste se presenta con sangre llega a ser mortal por la gran pérdida de la misma y muchas veces se ve obligado a vomitar antes de llegar la próxima hora de comida (debido a la pirosis intensa que duran dos o tres horas) llegando al descanso después de hacerlo.

Para llegar al diagnóstico de úlcera péptica se debe tener mucho cuidado, puede hacer pensar en úlcera primero la presencia de líquido ácido en ayunas en cantidad mayor a 400 cc., cuando existe sangre en el vómito, sin llegar a ser preciso pues también se puede pensar en el caso de un C. A. GASTRICO; es en este momento cuando los diferentes métodos de gabinete ayudarán a diferenciar cada uno de estos padecimientos.

ASISTENCIA DE LA ENFERMERA EN LOS DIFERENTES METODOS DE GABINETE

La ayuda que presta la enfermera desde el momento en que el paciente se encuentra por primera vez ante el médico es de vital importancia. Su actitud, amabilidad y atención dados al mismo, le impartirán confianza, le ayudarán a obtener los datos que requiera el médico para llegar a un diagnóstico completo y correcto, procurará conocer los diferentes pasos que realiza el médico durante la exploración física general para proporcionarle el material y el equipo necesario. El médico necesitará el resultado de algunos análisis por la importancia tan grande que tienen en dichos padecimientos. El papel de la enfermera será conocer la preparación adecuada del paciente para que los resultados no presenten modificaciones muy frecuentes, cuando no está bien preparado. Los análisis que con más frecuencia se requieren cuando se sospecha de úlcera péptica son los siguientes: estudio radiográfico y fluoroscópico del tubo digestivo alto, gastroscopías, análisis del jugo gástrico etc.

PREPARACION DEL PACIENTE PARA EL ESTUDIO DEL TUBO DIGESTIVO ALTO.

Los cuidados de enfermería comenzarán doce horas antes de dicho estudio con ayuno completo por la mañana, se preparará al paciente desde el punto de vista psicológico, explicándole en forma clara y sencilla en qué consiste dicho estudio y la importancia que tiene el que colabore con las indicaciones dadas por el radiólogo. Se quitará la ropa personal y en su lugar se pondrá un camizón o ropa especial de la institución, tendrá presente la hora en que se ha de llevar al departamento de rayos "X", datos muy importantes, pues existen ocasiones en que se manda tres o cuatro horas después, aumentando así el ayuno en dicho paciente y la acumulación de jugo gástrico lo que dificultará el estudio correcto que podría haber realizado el radiólogo. Ya en el departamento de rayos "X" se le explicará al paciente la forma en que debe tomar la substancia baritada preparada con anticipación en el departamento (generalmente se licúan 200 cc. de agua con 70 gr. de sulfato de bario) y la importancia de los movimientos respiratorios en momento oportuno para obtener buenas placas radiográficas. Hay ocasiones en que se requiere una placa simple tres horas posteriores al exámen con el objeto de observar el vaciamiento del tracto gastro-intestinal, después de los cuales se podrá administrar al paciente su dieta. Estará pendiente de obtener el reporte radiológico para mostrarlo de inmediato al médico correspondiente.

PREPARACION DEL PACIENTE PARA EL EXAMEN DEL JUGO GASTRICO

Como en el caso anterior, la preparación del paciente comenzará desde un día antes al análisis, no tomará nada después de media noche, la enfermera tratará de explicarle en forma sencilla en qué consiste el examen, el fin que se persigue para que pueda cooperar en la forma conveniente. El día del examen preparará un equipo necesario para la extracción del jugo gástrico y constará de lo siguiente: charola con una sonda de Levin estéril, una geringa de 50 cc., tres tubos de ensaye membretados con 1ra, 2da. y 3ra. muestra, tela adhesiva, alcohol al 7 % reloj de bolsillo y una ampolleta de Histamina.

PROCEDIMIENTO.— Después de la preparación física y psíquica se efectuará la introducción de la sonda por la boca o la nariz hasta el estómago, se fijará con tela adhesiva y se tratará de tomar la primera muestra del jugo

gástrico. Una vez obtenida se introducirán 50 cc. del alcohol al 7%; 20 minutos más tarde se obtendrá la segunda muestra en el segundo tubo de ensaye; posteriormente se administrará una inyección de Histamina subcutánea en la dosis que el médico señale (con el fin de exitar la secreción gástrica). 20 minutos después de aplicada la inyección se obtendrá la tercera y última muestra en el último tubo de ensaye. En cada muestra se buscará el ácido clorhídrico total y libre, anotando por último en la hoja de la enfermera las características y cantidad del jugo gástrico extraído.

GASTROSCOPIAS.— Consiste en un examen que se efectúa en el interior del estómago por medio de una paqueña lámpara eléctrica colocado en un aparato denominado gastroscopio. El examen gastroscópico puede ir precedido varios días antes por un estudio radiológico del estómago con el fin de excluir cualquier lesión esofágica que pudiera contraindicar el paso ciego del gastroscopio. El momento más adecuado para efectuar la gastroscopia es por la mañana; el paciente desde la media noche anterior no habrá tomado nada; aunque pudiera extraerse fácilmente el agua antes del examen, volúmenes, incluso, muy pequeños de la misma, cambia la coloración gástrica, lo que dificultaría un diagnóstico preciso. La atención de la enfermera se concretará, como en los estudios anteriores, a la preparación física y psíquica del paciente.

Si el médico lo indica se efectuará, antes de la operación, lavado gástrico, con objeto de que el estómago se vacíe completamente; generalmente $\frac{3}{4}$ de hora antes de introducir el gastroscopio se aplica una inyección de Sulfato de Atropina y Fenobarbital Sódico (ambos fármacos pueden darse mezclados en la misma geringa). La atropina está destinada a disminuir la secreción de saliva, y el fenobarbital sódico disminuye los reflejos y evita posibles efectos tóxicos del sustitutivo de la cocaína que probablemente se emplee como anestésico local.

La enfermera que vaya a asistir a un examen gastroscópico debe poder explicar la técnica de manera que se capte la confianza del paciente y logre que disminuya su tensión; el siguiente paso de la técnica quedará a cargo del doctor...al terminar la operación la enfermera vuelve a ser miembro activo para proporcionar los cuidados post-operatorios que requiere dicha intervención.

PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO.— El tratamiento puede quedar dividido en cuatro partes que son las siguientes: Higiénico, Dietético, Medicamentoso y Quirúrgico (en caso remoto). La finalidad

que se persigue es la de obtener una cicatrización perfecta y prevención de la recidivas. Se debe procurar que el estómago trabaje lo menos posible con objeto de disminuir su motilidad, trabajo motor y secretor. Para disminuir el trabajo gástrico podemos comenzar por tener al paciente en reposo absoluto físico y mental. El segundo punto es importante porque los pacientes con úlcera péptica presentan aspectos emocionales característicos como los que a continuación se dan a conocer: generalmente son pacientes irritables, activos, llegando a ser obstinados, independientes, ansiosos con expresión de tensión y preocupación; pero en realidad son inseguros, dependientes, tienden a la pasividad, datos importantes para la enfermera que está en contacto directo con dichos pacientes, porque podrá elaborar mejores cuidados de enfermería y proporcionar una terapia ocupacional y recreativa eficiente.

TRATAMIENTO DIETETICO.— Se realizará teniendo presente el siguiente principio: “La disminución en el trabajo motor y secretor de la CAVIDAD GASTRICA ayuda a la cicatrización de la úlcera”. Así daremos un mínimo de alimento pero con las calorías necesarias, poca cantidad de irritantes, es decir, poca cantidad de alimentos secretorios e ingestión de líquidos. Se puede principiar administrando exclusivamente leche que nos dé un total de 2300 calorías o podemos administrar la dieta de SIPPY que consta de: dos mil calorías, cremas 50 calorías, dos huevos, azúcar 100 gr. Durante 10 días. Después se puede aumentar atole, gelatina, puré, pan tostado, hasta el 21avo., día porque la úlcera tiene una cicatrización radiológica de 21 día; aunque histopatológicamente no se encuentra todavía cicatrizada; posteriormente daremos dieta de convalecencia que consta de jamón, frutas por cinco o seis semanas manteniendo equilibrada la dieta para evitar posibles constipaciones ya que se encuentran contraindicados los enemas o laxantes, antes se evitarán bebidas alcohólicas así como el uso constante de tabaco porque activan la secreción gástrica.

TRATAMIENTO MEDICO.— El tratamiento médico se realizará basándose en el siguiente principio “CIERTOS MEDICAMENTOS INHIBEN LA ACCION DEL VAGO (PARA-SIMPATICOLITICOS) Y EL ACIDO CLORHIDRICO (ALCALINOS)”. Los medicamentos más empleados son: atropina, tintura de belladona que evita el peristaltismo intestinal y la secreción del estómago; hidróxido de magnesio y de aluminio preparados a base de hierro para evitar la anemia. La tintura de belladona puede distribuirse en la siguiente forma: diez gotas cada ocho horas e ir aumentando dos gotas diariamente hasta que presente síntomas de intoxicación que serían los siguientes: midriasis (no ve

bien), sequedad de la faringe, **enrojecimiento** de los molares. Las características que deben llevar los alcalinos administrados serán los siguientes: neutralizar el jugo gástrico, no absorberse, ser soluble en agua, actuar solo en el tracto gastro-intestinal, no causar molestias como vómitos y náuseas, constipación, etc. Es difícil encontrar alcalinos que tengan todos los requisitos y de preferencia el último por lo que alguna toma se puede substituir con leche de magnesia. Un procedimiento que con frecuencia se utiliza para administrar los alcalinos es la Gastroclisis o alimentación intra-gástrica.

El equipo necesario constará de lo siguiente: CHAROLA conteniendo sonda Levin No. 16, frasco al que se le adaptará un tubo de caucho, gotero de murphy, llave de moro, adaptador de vidrio, solución que se va administrar, un riñón conteniendo hielo, adaptador de vidrio, lubricante, gasas, tela adhesiva, tripié y toallas

PROCEDIMIENTO.— Se colocará el recipiente en el soporte adaptado al hidrovén que se unirá a la sonda de Levin por medio del adaptador de vidrio; previamente, se ha introducido la sonda hasta el estómago, se colocará el líquido por introducir en el recipiente y comenzará a pasar a la cavidad gástrica a una velocidad de 20 a 30 gotas por minuto o como el médico lo indique. El procedimiento se iniciará una hora después de la comida en forma continua hasta una hora antes del próximo alimento, inclusive (si el médico lo requiere) se puede continuar con la gastroclisis aún cuando el paciente duerma. La enfermera anotará siempre la cantidad de solución administrada, las reacciones que presente el paciente durante el procedimiento y la hora exacta en que principió y terminó el mismo.

ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LAS COMPLICACIONES DE LA ULCERA PEPTICA

La úlcera péptica puede complicarse con una perforación por lo que la enfermera deberá vigilar los datos y signos principales de ésta, ya que un 85% puede producir la muerte. El sintoma más notable será **EL DOLOR INTENSO** y se hará más fuerte con cualesquier movimiento, se presenta rigidez en la pared abdominal con una intensidad máxima en la región media epigástrica puede sufrir dolor en la espalda. Casi no presenta vómitos ni náusea existe estado disneico cara pálida y ansiosa pulso normal. Al periodo de postración inicial le

seguirá una o dos horas de lucidez o sea el período de reacción transformándose después el período de palidez en aspecto congestionado, el pulso se irá elevando gradualmente, la respiración más superficial y a partir de este momento el estado del paciente irá empeorando sin interrupción por lo que la enfermera dará aviso inmediato al médico mientras tanto seguirá observando el estado del paciente no dándole nada por vía oral y manteniéndolo en absoluto reposo preparándolo a la vez para llevarlo a la sala de operaciones lo más pronto posible pues es sabido que el éxito de la intervención quirúrgica depende del tiempo transcurrido entre la perforación y la intervención. Como consecuencia inmediata a la perforación se presenta la peritonitis, el abdomen pierde su dureza pero sigue rígido y sensible hay distensión abdominal, pulso rápido y débil respiración frecuente y superficial, facies hipocráticas y al transcurso de tres días el paciente muere. Habrá ocasiones en que la perforación no se dirija hacia la cavidad peritoneal sino a otros órganos y el paciente nota que el dolor se calma adoptando ciertas posiciones puede andar lentamente con el cuerpo flexionado; si se encuentra acostado se coloca en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada sobre la izquierda y ejerciendo presión en el abdomen; también puede estar de decúbito lateral derecho con la pierna del mismo lado flexionada o adopta la posición genupectoral.

Puede presentarse la perforación con hemorragia en este caso la enfermera estará pendiente de la sintomatología dada por el paciente. Habrá existencia de hematemesis o melena el enfermo siente debilidad, vértigo, pudiendo llegar al síncope hay aumento en la frecuencia del pulso, sensación de frío sudoración fría, inquietud, sed, palidez hipotensión arterial disnea, datos que serán reportados con exactitud al médico para un tratamiento adecuado mientras tanto la enfermera tranquilizará al paciente, controlará signos vitales cada media hora, evitará movimientos bruscos en el paciente, dará sedantes si el médico lo indica, toda clase de líquidos los suprimirá al igual los medicamentos orales hasta una indicación contraria del médico.

Si se aplican transfusiones sanguíneas la enfermera tiene la obligación de vigilar el paso de ésta y las reacciones que pueda presentar el paciente, tomará los signos vitales con más frecuencia para poder recibir cualesquier cambio en el organismo (taquicardia, hipotensión, cefalea, disnea, inquietud reacción en la sangre, delirio etc.).

*NORMAS GENERALES PARA LA ATENCION DEL
PACIENTE CON ULCERA PEPTICA*

- a) Procurar ganarse la confianza del paciente.*
- b) Tratar de comprender las reacciones psicológicas del mismo.*
- c) Pedir toda su colaboración para rehabilitarlo.*
- d) Explicarle la importancia del tratamiento prescrito.*
- e) Cada exámen en él realizado deberá ser previamente descrito en forma clara y sencilla.*
- f) Hacer que conozca su enfermedad y la acepte.*
- g) Relacionarse con familiares del paciente para conocer más de él sus costumbres, hábitos, gustos, principales necesidades.*
- h) Educar a la familia con respecto al padecimiento, necesidad del paciente para el reingreso de éste al hogar.*
- i) Dar educación higiénica desde el momento en que ingresa al hospital y continuarla en el hogar.*
- j) Orientar al personal que se relacione directamente con el paciente.*
- k) Que entienda la importancia de las visitas periódicas al médico para el control y orientación que pueda recibir con respecto a su padecimiento.—*

BIBLIOGRAFIA.— Manual de Patología Digestiva del Dr. José Tomás Rojas.

Anatomía y Fisiología Humana de Orestes Cendreros Curiel.

Enfermería Médica de la Dra. Amy Frances Brown.—

vez que se previene el enfriamiento cutáneo excesivo. La ---
aplicación de las compresas heladas no debe exceder de 10 --
minutos, evitándose así el calentamiento de las compresas que
pueden ser perjudiciales, ya que se trata en éste caso de bajar-
la fiebre, lo aconsejable sería el cambio de compresa cada 3-
minutos y si por el enfriamiento se empieza a tornar la piel --
azulada, se estimulará la circulación por medio del masaje. --
Las compresas o lienzos empapados con agua helada se apli-
carán principalmente en abdomen y cabeza, los enemas de ---
agua fría (aunque no son recomendables en éste caso a causa de
la diarrea) utilizándose también con discreción los baños de --
inmersión de agua helada pues se debe ver el clima y las com--
plicaciones que puede ocasionar (Bronconeumonías) Como me-
diada preventiva y favorecer una mejor evolución del cuadro ---
diarréico debemos evitar la contaminación cruzada con los de-
más niños internados por lo que nos lavaremos las manos an--
tes y después de atender a un niño, sus pañales deberán estar-
en recipientes especiales y en nuestra hoja llevaremos un con-
trol exacto del número y características de las evacuaciones al
igual que la cantidad de orina, principalmente si se están apli-

cando líquidos parenterales.

Es necesario prevenir las úlceras de decúbito principalmente si son niños desnutridos, aunque al principio de la enfermedad es muy difícil por la necesidad de mantener al niño en una posición adecuada que permita la venoclisis, pues debido a su inquietud se le debe mantener inmóvil. En éstos casos se tendrá mucho cuidado usando como medidas tenerlo siempre seco, darle movimientos pasivos, masaje, baños de esponja diarios, baños de aceite, baños de asiento, o simplemente limpiar glúteos y genitales con torundas con aceite, cada vez que se evacúe, poniendo pastas secantes solo en caso muy necesario, para evitar el enrojecimiento o escoriaciones, que son debidas a la frecuente emisión de heces, si se presenta el enrojecimiento se pondrá al niño en decúbito lateral, ayudándole con cobijas enrolladas o poniéndolo cómodo en caso de que él pueda hacerlo solo, también se puede poner en decúbito ventral teniendo cuidado en estos casos de las úlceras de rodillas y pies, a causa de la movilización constante del niño y sobre todo la vigilancia de su cara que no esté en contacto con cobija que le di

ficulte la respiración y se vaya a asfixiar.

*Si se presenta la úlcera ayudaremos a la cicatriza-
ción por medio del calor y el aire teniéndose al descubierto. -
Si es por calor nos ayudaremos por focos ya sea directo por -
medio de lámparas o por armazones especiales que tienen fo--
cos a su alrededor, éstos deben de estar a unos 30 cms., de -
altura, deberán ser focos pequeños y se pondrán a intervalos -
regulares, para evitar las quemaduras.*

*También se ayudará a la cicatrización con aseos o
curaciones según sea necesario, evitando así las infecciones.*