

ACIDO CLORHIDRICO

Productos de limpieza.

ACIDO OXALICO

Desinfectantes, productos antioxidantes, productos de conservación de maderas y metales.

ACIDO FLUORHIDRICO

Productos antioxidantes.

ACIDO ACETICO

Productos capilares para permanentes.

SINTOMATOLOGIA

Después de la ingestión de la sustancia cáustica se presentan algunos signos y síntomas, como dolor, dificultad para la deglución y edema.

La extensión y gravedad de las lesiones van a depender de la interacción de tres factores:

- 1.— Naturaleza del producto.
- 2.— Cantidad y concentración del mismo.
- 3.— El tiempo de contacto con la mucosa.

Por lo que los síntomas clínicos son variables:

SIGNOS Y SINTOMAS
PRIMER PERIODO: Accidente reciente.— Quemaduras en toda la región donde el cáustico estuvo en contacto, como labios, lengua, mejillas, si la cantidad de líquido ingerido ha sido escaso o porque la expulsión del producto haya sido inmediato, se presenta el dolor de intensidad variable. La ulceración aparece al cabo de 24 horas, dependiendo de la profundidad de la necrosis, de la intensidad de la quemadura que puede comprender solo la mucosa, toda la pared del esófago o incluso propagarse al mediastino.

Disnea, provocada por la quemadura o una reacción de la mucosa del piso vestibular de la laringe, como se encuentra edematizada disminuye su luz y dificulta la respiración.

El paciente puede llegar al estado de shock a consecuencia de la gran pérdida de líquidos en el esófago y su alrededor y la necrosis masiva de la mucosa esofágica, hay hipotensión, taquisfigmia y la respiración se vuelve superficial.

COMPLICACIONES
SEGUNDO PERIODO.— Período intermedio.

Comienza uno o dos meses después del accidente, los fenómenos

dura se produjo por álcalis, y el óxido de magnesio si se ocasionó por ácidos.

La neutralización de los ácidos o de los álcalis puede dar buenos resultados hasta cuatro horas después del accidente. Debe evitarse el vómito ya sea por medios mecánicos o farmacológicos, y las sondas nasogástricas o el lavado gástrico, que pueden ocasionar una perforación traumática a través de la mucosa necrótica.

Permeabilidad de vías aéreas para evitar la aspiración y prevenir la aparición de dificultades respiratorias secundarias a la tumefacción de los tejidos en la región de la abertura superior de la laringe; se aspirarán las secreciones.

Aplicación de líquidos por vía intravenosa para conservar el estado de hidratación del paciente.

Prevención de la infección con administración de antibioticos y simultáneamente aplicación de esteroides para evitar la curación fibroblástica que se presentaría de no seguir este procedimiento. En los esteroides, los esquemas son variables en las dosis, 10 mg. de PREDNISONA cada 6 u 8 horas durante un período hasta de 16 días.

Se lleva a cabo la esofagoscopia cuidadosamente, sobre todo en las áreas con lesiones profundas. Es el medio más exacto que tiene el médico para valorar las quemaduras esofágicas o para determinar si ha sufrido quemaduras o no. Se observa el interior del esófago a través de un instrumento hueco iluminado (Esofagoscopio). Por lo general este examen se le efectúa al tercer o cuarto día cuando el estado general del paciente lo permite.

La dieta se inicia al existir tolerancia esofágica.

Las dilataciones se inician de acuerdo a la evolución y pronóstico endoscópico.

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ESOFAGICA.

La finalidad del tratamiento de la estenosis por medio de dilataciones estriba en aumentar progresivamente el calibre del esófago. El paso sin esfuerzo de una sonda No. 32 en el niño entre los ocho a doce años y una de No. 18 a No. 20 en el niño de menos de seis años de edad. DILATACION POR VIA ALTA.

Se hace por medio de sondas de caucho, de goma o de material plástico, o sondas llenas de mercurio de calibre creciente (Bujía esofágica de Maloney llena de mercurio y terminada en punta, o también bujía esofágica de Hurst, llena de mercurio, del No. 10 a No. 40).

ASISTENCIA DE ENFERMERIA.

La prevención de las enfermedades es responsabilidad de todos los que se dedican a atender las diversas ramas relacionadas con la salud. Por lo que respecta a la Enfermera, el problema de la ingestión de cáusticos en el hogar le concierne en todos sus manifestaciones:

Promoviendo la salud, por medio de la enseñanza preventiva hacia la manera de evitar que estos accidentes sucedan, ya que, son la causa de problemas graves y de incapacidades en el niño que van a repercutir en el núcleo familiar y a alterarlo.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

Todas las sustancias peligrosas deberán guardarse fuera del alcance del niño pequeño, en un estante alto, o aún mejor, cerrados en una alacena con llave.

Todas las drogas, productos químicos caseros y venenosos deberán guardarse en el frasco en el que fueron vendidos, ya que estos frascos se encuentran debidamente etiquetados y ningún adulto los dejará descuidadamente al alcance del niño. Si alguna de estas sustancias se guardan en frascos que son utilizados para comida, existe el peligro de que alguien los deje al alcance del niño, quien probará su contenido.

Todos los padres y adultos deben conocer los cuidados domésticos inmediatos que deben ser administrados en caso de ingestión de sustancias cáusticas:

Para neutralizar ácidos.— Leche, agua, hidróxido de aluminio, claras de huevo, aceite de oliva o mineral.

Para neutralizar álcalis.— Leche, agua, vinagre diluido o zumos de frutas y leche, claras de huevos, aceite de oliva.

En el medio hospitalario, como medida preventiva en la formación

de estenosis, se le indica al paciente que degluta un hilo de seda, que queda interpuesto entre las paredes del esófago, y sirve de guía posteriormente para la introducción de las bujías dilatadoras. La técnica consiste en la deglución muy lenta por el paciente, de seda retorcida o trenzada, ayudándose mediante sorbos de agua. El avance del cordón debe realizarse con mucha lentitud y cuidado para que se efectúe en línea recta y no se oville al ingerirse. Se fija con una tela adhesiva por un lado de la boca del paciente para que no la degluta.

CUIDADOS INMEDIATOS.

Durante la etapa aguda del trauma, lo más urgente es el tratamiento del estado general del paciente, la observación inmediata de cualquier complicación que se presente (dificultad respiratoria, vómitos con sangre).

Administración de los antibióticos como medida preventiva y analgésicos para disminuirle el dolor que puede ser intenso. Así como la administración de líquidos por vía intravenosa para mantener el estado de hidratación y nutrición, ya que el paciente no puede recibir líquidos y alimentos por la disfagia que presenta.

Permeabilidad de vías aéreas.— Es importante mantener libre de secreciones las vías respiratorias para facilitarle la respiración y evitar que el paciente pueda aspirarlas, por medio de aspiraciones frecuentes con un catéter de goma o caucho para evitar lastimarle la mucosa lesionada.

El edema que se presenta después del accidente en la mucosa de la laringe y faringe, puede ser suficiente para obstruir la respiración, por lo que es importante la observación cuidadosa ante cualquier síntoma de insuficiencia respiratoria y avisar de inmediato al médico. A veces puede ser necesaria la traqueostomía, la enfermera debe prever esto y mantener el equipo necesario para que se efectúe. .

Signos vitales.— Se medirán y anotarán las cifras de los signos vitales cada 30 o 60 minutos y se señalará al médico sin tardanza cualquier cambio importante como:

Hipotensión, taquisfigmia, respiración superficial o hipertermia.

Si se presentan vómitos, observar las características de éstos en busca de sangrado.

Control de líquidos.— Debe mantenerse un registro de las ingestión y excreción del paciente hasta que se establezca bien la ingestión normal por la boca.

El aumento de la secreción salival y su incapacidad para deglutirla hacen que el paciente tenga constantemente escurrimiento de ella; debe colocársele un hule clínico con una toalla doblada en la cabecera

y mantener la cabeza de lado. El aseo bucal se realiza con solución salina e hisopos de algodón para no irritar la mucosa lacerada.

Ordinariamente el edema comienza a desaparecer al tercer día, en ese tiempo aproximadamente se inicia la curación de los tejidos bucales, y al final de dos a tres semanas, si el paciente es capaz de deglutir nuevamente, la dieta se inicia con alimentos líquidos y posteriormente con alimentos blandos. La enfermera debe ayudar al niño a alimentarse y estar alerta ante cualquier sintoma de disfagia y de notificarlo. Para que la deglución sea menos difícil se coloca al paciente en posición de fowler, puede elevarse la cabecera de la cama y se le dá la ayuda necesaria para asumir la posición de erguido.

Si se presenta incapacidad para deglutir líquidos o saliva o el examen exploratorio revela quemaduras graves es necesario la gastrostomía, para las dilataciones esofágicas y la administración de líquidos y alimentos.

DEFINICION DE GASTROSTOMIA Y CUIDADOS QUE SE LE PROPORCIONAN AL PACIENTE.

Gastrostomía es el establecimiento quirúrgico de una abertura en el estómago a través de la pared abdominal y la inserción de un tubo o cáteter grande No. 20 o No. 22, en algunos casos se usa una sonda de foley por la cual pueden introducirse los alimentos directamente al estómago.

Durante las primeras 24 a 48 horas después de la operación se dan por la sonda agua o solución glucosada en cantidades prescritas, luego alimentaciones regulares según las órdenes del médico.

DIETA.— Los alimentos de una dieta normal pueden ser licuados en una mezcladora y darse por el tubo y así permitir al paciente seguir una dieta corriente y de este modo es más aceptable desde el punto de vista psicológico. Puede darse leche caliente, crema, huevos, azúcar, aceite de oliva o puede agregarse suplemento proteínico y vitaminas a una mezcla de huevos, leche y jugo de naranja.

La enfermera puede preparar una bandeja que contenga un embudo al que se une un tubo y un adaptador de cristal, para unir al tubo de la gastrostomía en el momento de la alimentación. Se permitirá que el líquido fluya suavemente por el tubo y llegue al estómago por la fuerza de gravedad. La corriente puede ser regulada elevando o bajando el receptáculo, nunca se empleará la fuerza, si aparece obstrucción, se interrumpirá la alimentación y se señalará el problema al médico.

Es necesario que la enfermera registre con todo cuidado la cantidad de líquidos y alimentos de cada comida para que el médico esté enterado si el paciente recibe suficiente alimento para satisfacer sus necesidades calóricas, de nutrición y de líquidos.

Después de cada comida, será lavado el tubo con agua y pinzado. Después de cinco a seis días puede extraerse el tubo, si está laxo y se introducirá otro nuevo y esterilizado. Una vez hecho el orificio en el estómago no hay posibilidad, ni necesidad de una técnica estéril para cambiar e introducir el tubo de gastrostomía, debe estar limpio pero no obligadamente estéril. Después de varias semanas, es posible extraer el tubo e introducirlo sólo para dar el alimento, protegiendo el orificio con una gasa.

En la piel que rodea el orificio de la gastrostomía es necesario un cuidado especial, ya que puede irritarse por la acción del jugo gástrico que rezuma alrededor de itubo. En caso de no cuidarla la piel se marcará, enrojecerá y provocará dolor al paciente. Todo esto puede evitarse en gran medida con el cambio de apósito diario, limpieza de la piel con agua y jabón, secarla y aplicar una pasta emoliente de aluminio o de óxido de zinc o vaselina.

Cuando ya no es necesaria la gastrostomía la incisión se cierra quirúrgicamente.

APOYO PSICOLOGICO.-

El niño de modo similar al paciente de más edad coopera en su tratamiento cuando comprende lo que se está haciendo y lo que se espera de él. Un chico de tres años puede entender explicaciones sencillas si se le habla claramente.

Debe adaptársele a la idea de que va a ser alimentado por la gastrostomía y no por la boca, porque no puede deglutir, ya que le resulta difícil aceptar este método de alimentación, porque se le niega la operación natural de comer y sus placeres asociados, como el sabor de los alimentos y la sociabilidad, informándole de cualquier incomodidad que vaya a sentir para que su incapacidad no se agudice por la sorpresa y la impresión, proporcionándole la seguridad de que la enfermera o sus padres van a estar presentes para ayudarlo y darle ánimo. Aunque en muchos hospitales por sus normas o reglamentos no se les permite a los padres permanecer con el niño, la enfermera con sus cuidados y la satisfacción de sus necesidades le proporciona seguridad y confianza que le ayudarán a contribuir con el tratamiento establecido.

ORIENTACION A LOS PADRES.-

Durante la etapa de rehabilitación el niño puede volver a su hogar y seguir el tratamiento de dilataciones esofágicas en régimen ambulatorio, hasta que se haya establecido una luz satisfactoria del esófago. La enfermera debe orientar a los padres sobre los cuidados que deben seguir con el niño y aclararles cualquier duda que manifiesten.

Se le debe enseñar a la madre cuál va a ser la dieta que le puede dar en caso de que el niño pueda deglutir, ya que esta tiene que ser de consistencia blanda.

Si el niño va a ser alimentado por gastrostomía, la madre debe de saber cómo puede preparar los alimentos y dárselos por la sonda, cómo mantener el cuidado del estoma y la limpieza de la sonda. La enfermera debe efectuar todos estos procedimientos en presencia de la madre y dejar que ella los realice con su asesoramiento.