

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA.**

**INFORMACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE
EL CUIDADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS EN
LAS UNIDADES DE HIDRATACIÓN Y EMERGENCIA DE LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA VALENCIA
EDO CARABOBO AÑO 2004.**

Autores:

Elio Araujo

CI: 11.521.588

Rosa Flores

CI: 13.381.511

Tutor:

Lic. Carmen Cecilia Jiménez

Asesor de contenido:

Lic. Matilde Ortega

Valencia, Octubre del 2004.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**INFORMACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE
EL CUIDADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON
HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS EN
LAS UNIDADES DE HIDRATACIÓN Y EMERGENCIA DE LA
CIUDAD HOSPITALARIA DR ENRIQUE TEJERA VALENCIA
EDO CARABOBO AÑO 2004.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para Optar al Titulo de
Licenciado en enfermería

Autores:

Elio Araujo

CI: 11.521.588

Rosa Flores

CI: 13.381.511.

Tutor:

Lic. Carmen Cecilia Jiménez

Asesor de contenido:

Lic. Matilde Ortega

Valencia, Octubre del 2004

DEDICATORIA.

A Dios padre todopoderoso, por ser quien nos dio la vida y la vocación hacia esta carrera “ **He puesto a Jehová en frente de mí constantemente. porque (él) esta a mi diestra, no me hará tambalear.” (Salmos 16:3).**

A nuestros padres, por su orientación, ejemplo de perseverancia y nuestros pilares en la formación de nuestra vida profesional.

A mi esposo, quien siempre me dio animo para ser posible la realización de uno de nuestros sueños. Té Amo. Mi triunfo será tuyo.

A mi esposa, el gran amor de mi vida. Por darme el cálido aliento en la culminación de esta meta.

A nuestro hijo Gustavo Enrique. La Bendición más grande que nos ha dado Dios, quien nos inspiró a seguir adelante con su sonrisa cautivadora, por ese fuerte abrazo, beso de todos los días y su inexplicable tolerancia al regalarnos su tiempo para la culminación de este trabajo.

A nuestros hermanos, quienes de una u otra forma estuvieron allí, dándonos una palabra de apoyo cuando más lo necesitábamos.

A nuestra tía Miriam, quien siempre dijo que si, a la hora de cuidar a Gustavo Enrique. Gracias por transmitirnos esa confianza.

AGRADECIMIENTO

A los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia e hidratación de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejerá de Valencia, por su valiosa colaboración para la realización de este trabajo.

A la Licenciada Carmen Cecilia Jiménez nuestra tutor por su orientación y colaboración en la realización de este trabajo, mil gracias.

A la Licenciada Matilde Ortega por ser nuestra asesor de contenido.

A todas aquellas personas que contribuyeron e hicieron posible la culminación de este proyecto.

A todos mil gracias Los Autores.

CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR.

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado presentado por los Técnicos Superiores Universitarios: Elio Araujo CI: 11.521.588. Y Rosa Flores CI: 13.381.511, para optar por el título de licenciado en Enfermería considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designa.

Lic. Carmen Cecilia Jiménez.

CI: _____

INDICE GENERAL

	Pag
DEDICATORIA.....	Iii
AGRADECIMIENTO.....	Iv
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	V
INDICE DE CUADROS.....	Viii
INDICE DE GRAFICOS.....	Ix
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULOS

I EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.....	3
Justificación del estudio.....	6
Objetivos del estudio.....	8

I MARCO TEORICO

Antecedentes del estudio.....	9
Bases teóricas.....	12
Sistemas de variables.....	30
Operacionalización de la variable.....	31
Definición de términos Básicos.....	35

III MARCO METODOLOGICO

Tipo de estudio.....	38
Población y muestra.....	38
Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	39
Validez y confiabilidad.....	40
Técnicas de procedimientos y análisis de resultados.....	40

IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
--	-----------

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones.....	56
Recomendaciones.....	57

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59
--	-----------

ANEXOS.....	61
--------------------	-----------

INDICE DE CUADROS

CUADROS N°	Pag.
1 Información del profesional de Enfermería sobre cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a Exploración Física.....	43
2 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a medidas de soporte.....	47
3 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a Terapéutica..	50
4 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las dimensiones: Exploración física, medidas de soporte y terapéutica.....	53

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICOS N°	Pag.
1 Información del profesional de Enfermería sobre cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a Exploración Física.....	46.
2 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a medidas de soporte.....	49
3 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a Terapéutica..	52
4 Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las dimensiones: Exploración física, medidas de soporte y terapéutica.....	55

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA EXPERIMENTAL DE ENFERMERÍA**

**INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA
DIGESTIVA POR VARICES ESOFAGICAS EN EL TERCER
TRIMESTRE DEL AÑO 2004 EN LA CIUDAD
HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA EN LAS AREAS DE
HIDRATACIÓN Y EMERGENCIA PEDIATRICA EN VALENCIA. EDO.
CARABOBO.**

Autores: Elio Araujo

C.I. 11.521.588.

Rosa Flores

C.I. 13.381.511

Tutor: Lic. Carmen Cecilia Jiménez

Año: 2004

Asesor de contenido: Lic. Matilde Ortega

RESUMEN

Las várices esofágicas son una de las principales consecuencias de la hipertensión portal en niños, es por ello que el profesional de enfermería quien proporciona los cuidados las veinticuatro horas del día debe tener dominio teórico práctico sobre exploración física, medidas de soporte y terapéutica para dar cuidados de calidad, razón por la cual el estudio tuvo como objetivo determinar la información que tiene el profesional de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las unidades de hidratación y emergencia de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia del año 2004. La investigación correspondió a un estudio descriptivo con población de 37 profesionales de Enfermería, utilizando como método de recolección de datos la encuesta, y como instrumento el cuestionario estructurado en tres partes, la primera consta de 22 preguntas referente a exploración física, la segunda conformada por ocho preguntas relacionadas a medidas de soporte y la tercera parte siete preguntas sobre terapéutica con preguntas tipo abanico dando como resultado que la información que tienen las enfermeras y enfermeros se ubica en un nivel medio de información..

INTRODUCCIÓN.

Las várices esofágicas constituyen una de las causas vasculares de la hipertensión portal en pacientes pediátricos y su ingreso a las unidades de emergencia, exige al profesional de Enfermería una alta capacidad para resolver problemas, analizar y es por ello que debe obtener un buen desempeño laboral donde requiere que la Enfermera (o) posea conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan manejo de situaciones referidas al cuidado de pacientes de una manera óptima y adecuada; lo cual constituye en gran parte el éxito de las acciones emprendidas para el reestablecimiento del paciente.

En relación a lo planteado surge la necesidad de conocer la información que tienen los profesionales de Enfermería en los cuidados de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas que ingresan a las unidades de la emergencia e hidratación de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá en Valencia Estado Carabobo; con la finalidad de proporcionar a las mismas información referente a la exploración física, medidas de soporte y terapéutica.

Este trabajo se encuentra estructurado en cinco capítulos; el primer capítulo, se refiere al planteamiento del problema, justificación de la investigación, objetivo general y objetivos específicos.

El segundo capítulo, es el marco teórico donde se presentan los

antecedentes del estudio, bases teóricas que sustenta la investigación, sistemas de variable y la definición de términos.

El tercer capítulo esta constituido por el diseño metodológico, la población y muestra, técnicas e instrumento de recolección de datos, procedimientos para la validación y técnicas de análisis.

El capitulo cuarto , contiene presentación y análisis de los resultados de la investigación realizada.

El capitulo quinto, enmarca las conclusiones y recomendaciones obtenidas con el análisis de los datos, así como las referencias bibliograficas y anexos respetivos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA.

Planteamiento del problema

La hemorragia gastrointestinal suele originarse desde la boca hasta el ano y puede ser manifiesta u oculta clasificándose según su lugar en altas y bajas. Siendo una urgencia frecuente dentro del campo de la gastroenterología infantil.. Al respecto Montero F. j (2002) dice que “ la hemorragia digestiva alta esta determinada por la existencia de un punto sangrante localizado entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de treitz” (Pag. 19).

Entre las etiologías más frecuentes de la hemorragia digestiva alta se encuentra las várices esofágicas consecuencia principal de la hipertensión portal; además representa la causa vascular más común asociada a hematemesis en niños con obstrucción de la vena porta. Al respecto Fonkllsrud, E. (1990) citado por Kolter, C. (1992) afirma que “ cuyas causas es usualmente oscura, la deshidratación, onfalítis neonatal, infecciones intraabdominales la cateterizacion de la vena umbilical con infusión de fluidos han sido reconocidos como factores etiológico de trombosis portal extrahepático” (Pag. 34)

Este tipo de hemorragia digestiva alta se evidencia con la pérdida de sangre procedente del tubo digestivo que se origina por encima del ángulo de treitz, se manifiesta por hematemesis o melenas; si la hemorragia es superior a 1000 ml y se produce en menos de una hora se trata de hematoquecia en niños. Según Kolster J. (1992).

Las hemorragias digestivas por várices esofágicas en el caso específico del Estado Carabobo, según cifras de la Fundación Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD), para el segundo trimestre del año 2003 se reportaron 04 casos de muerte en menores de 14 años lo que significa que en los últimos tres años ha aumentado la mortalidad de esta enfermedad.

Estos casos se ven a menudo en los centros de salud específicamente en donde existe la especialidad de gastroenterología infantil para los controles periódicos de pacientes con várices esofágicas. Y un ejemplo es la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejerá ubicada en Valencia, Estado Carabobo cuando uno de estos pacientes presenta una recaída son ingresados en el área de la emergencia e hidratación para ser estabilizados hemodinámicamente en tal sentido se ha observado que el profesional de enfermería tiene fallas en la atención prestada; ya que a la hora de proporcionar los cuidados a estos pacientes cuando presenta un cuadro de sangramiento activo no le realiza una profunda exploración física, que incluya evaluaciones del patrón neurológico, patrón hemodinámico, patrón respiratorio, sistema tegumentario, sistema digestivo, patrón de eliminación, en la toma de exámenes paraclínicos e inclusive fallas en las medidas de

soporte como es la colocación de oxígeno, la dieta, el reposo que debe guardar el paciente, el control sobre los líquidos administrado el chequeo de los signos vitales (frecuencia cardíaca, pulso, tensión arterial temperatura y la presión venosa central); comprometiendo así la recuperación de las necesidades interferidas del niño.

También se visualizó deficiencia en cuanto la terapéutica a seguir en estos pacientes por parte del profesional de Enfermería, ya que muchos desconocen los fármacos utilizados en esta patología y las posibles resoluciones quirúrgicas que se pueden utilizar, comprometiendo aun más la recuperación del paciente. Es de hacer notar que el profesional de enfermería debe formarse académicamente a fin de proporcionarle al paciente un cuidado de enfermería acorde a sus necesidades. A esto se refiere, Balderas, M (1995) cuando señala la importancia que desempeña el profesional de enfermería en el fomento y la conservación del hombre. Requiriendo para ello el compromiso de la superación constante, ya que dentro de sus funciones esta contemplado la responsabilidad de orientar y educar al paciente en todo lo necesario para su pronta recuperación. (Pag 24).

Este planteamiento ha sido motivo para la estructuración de las siguientes interrogantes. ¿ Tiene la enfermera (o) información sobre la exploración física que se le debe hacer a este tipo de paciente? ¿ Conoce las Enfermeras (o) las medidas de soporte a realizarle a los pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas ¿ Cual es la información que

poseen las enfermeras sobre la terapéutica de la hemorragia digestiva por várices esofágicas

En razón de lo expuesto se formula la siguiente interrogante: “Cual es la información del profesional de enfermería en el cuidado del paciente pediátrico con hemorragia digestiva por várices esofágicas en el tercer trimestre del año 2004 en la unidad de emergencia pediátrica de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Justificación.

Las várices esofágicas son una de las principales consecuencias de la hipertensión portal, se atribuye al desarrollo de una circulación porto sistémica para restablecer el retorno de sangre venosa esplénica hacia el corazón. Las manifestaciones de una hemorragia digestiva superior por várices esofágicas pueden ser de evolución tórpida por su velocidad en el sangrado y es por ello que todo paciente que llega con descompensación hemodinámica debe ser ingresado y atendido por un equipo multidisciplinario quien de forma coordinada determina la conducta a seguir.

La enfermera (o) para la asistencia de estos pacientes, debe tener una preparación específica en este aspecto ya que este profesional proporciona los cuidados las veinticuatro horas del día para la recuperación del niño, lo cual requiere poseer dominio teórico-practico sobre la enfermedad,

patogenia, fisiopatología, complicaciones y del mismo modo sobre la exploración física, patrón hemodinámico y tratamiento farmacológico.

De allí la importancia de saber cual es el conocimiento real que tienen los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia e hidratación de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia Estado Carabobo; para así identificar el nivel de información que poseen, cual es el criterio que utilizan al aplicar los cuidados en los diferentes turnos, y como contribuye en el fortalecimiento del proceso de enfermería para que lleven a una rápida y eficaz mejoría evitando así las recaídas por resangrados.

Servirá para ofrecer aportes en cuanto a conocimientos sobre los cuidados en hemorragias digestiva alta por várices esofágicas lo cual tendrá una repercusión positiva en la atención dada a los pacientes pediátricos porque al identificar las situaciones de desconocimiento se identifican prontamente los problemas y se actuará de manera oportuna en la recuperación y la prevención de complicaciones en los pacientes pediátricos con várices esofágicas.

. De igual manera, para la institución tendrá un aporte positivo en la reducción de los costos ya que se disminuirá la estadía hospitalaria, el gasto a nivel del material médico quirúrgico, medicamentos, hemoderivados y alimentos del paciente; En este mismo orden de ideas, en el grupo familiar disminuirá el costo económico y se lograra un pronto reintegro del niño al entorno social.

El estudio servirá también como referencia para otras investigaciones relacionadas con el conocimiento del profesional de enfermería en los cuidados en pacientes pediátricos con hemorragia digestiva superior por várices esofágicas y también da bases para identificar otros estudios

Objetivo General.

Determinar la información que tiene el profesional de enfermería; en la atención de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las unidades de hidratación y emergencia de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia Estado Carabobo en el tercer trimestre del año 2004.

Objetivos Específicos

1.- Identificar la información que tienen las enfermeras (os) sobre la exploración física y exámenes paraclínicos en los pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas

2.- Identificar la información que tienen las enfermeras(os) sobre las medidas de soportes en los cuidados de pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas.

3.- Identificar la información que tienen las enfermeras(os) sobre la terapéutica en los pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes del Estudio.

Balanzó, I (2001), realizó una investigación sobre la profilaxia secundaria de la hemorragia digestiva (HDA) por hipertensión portal, este estudio fue realizado en el servicio de patología digestiva en el hospital de la Santa Creu i Sant Pau Barcelona, el cual tuvo como propósito orientar sobre el tratamiento endoscópico, farmacológico, técnicas de shunt porto sistémico, la población correspondió a 775 y 478 pacientes. A través de este estudio se encontró que tanto el tratamiento endoscópico como farmacológico son útiles para evitar recidivas en el paciente que ha presentado una hemorragia por várices de esófago. La coloración de tips es la terapéutica a seguir en caso de fracaso de las dos primeras, deben realizarse estudios prospectivos para conocer si el tratamiento combinado farmacológico y endoscópico es más eficaz que empleando solo uno de ellos. Se considera como tratamiento inicial el farmacológico, es conveniente realizar estudios hemodinámicos al inicio del tratamiento y a los 30 a 60 días. Si se trata de un paciente con poca recuperación, demostrado por no descender el gradiente de presión suprahepática un 20% con respecto a los valores básales en la segunda hemodinámia, se debe indicar posiblemente un tratamiento endoscópico, mejor con ligadura de

várices, que con escleroterapia.

En este sentido se comprende que el fracaso del tratamiento en pacientes con insuficiencia hepática avanzada, esta indicado la colocación de una prótesis intrahepática, como paso previo a un trasplante hepático; y en pacientes con buena reserva hepática planteándose la colocación de tips o cirugía, ya que la colocación de tips plantea un problema de estenosis de la prótesis a medio plazo en muchos pacientes.

Kolster J y De Kolster C. (1992), realizaron un trabajo de investigación sobre hipertensión portal y tratamiento médico dosis adecuada de propanolol, el estudio tiene un soporte de pacientes con hipertensión portal de la consulta de gastroenterología de adulto y pediatría de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera desde enero de 1986 hasta mayo de 1992; con una muestra de 20 pacientes menores de 15 años, con presencia de várices esofágicas en la endoscopia con ningún dato clínico o bioquímico de enfermedades concomitantes. En este estudio donde se instauró una terapéutica de dosificación progresiva de propanolol hasta lograr disminuir en un 25% la frecuencia cardíaca inicial, se obtuvieron las siguientes conclusiones; el rango de edades de los pacientes estuvo entre los 2 y 16 años, con un promedio de 7.21 ± 3.48 años, la mayor proporción (63.1%) se encontró en el grupo de 2 a 6 años predominando el sexo masculino (68.4%) sobre el sexo femenino (31.6%), donde el 62.3% de los pacientes con hipertensión portal prehepática estuvo en el grupo de 2 a 6 años de edad, la dosis promedio en miligramos/kilo-peso/día utilizada para disminuir la frecuencia cardíaca de los pacientes en un 25% de 27 ± 1.2 ,

con un rango de 1 a 5.25 mgrs/kp/ día, el promedio de días necesarios para alcanzar la dosis efectiva fue de 26 ± 13 días, con un rango de 6 a 54 días, la TAM disminuyó significativamente entre 10% y 30 % del valor inicial en 13 (68.4%) del total de pacientes.

Al respecto se puede decir que en el estudio se evidencia que el aumento progresivo de propranolol con evaluaciones clínicas y laboratoriales frecuentes hasta alcanzar la respuesta terapéutica buscada es bien tolerada por los niños y adolescentes con hipertensión portal y esta se logra en una forma sistemática en un lapso relativamente breve, este medicamento podría ser considerado una confiable alternativa farmacológica en el tratamiento de niños y adolescentes con hipertensión portal, con el objeto de intentar prevenir el sangramiento de las várices esofágicas y prolongar su sobrevida hasta tanto otras opciones se puedan lograr.

Sotomayor, V.(1999). Realizó un estudio referente al Sangramiento digestivo alto comportamiento clínico en un grupo de pacientes Con el objetivo general de determinar las características clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento digestivo alto en los hospitales clínicos quirúrgicos “ 10 de octubre “ y “ Dr. Miguel Enrique ” en el periodo comprendido entre Abril de 1999 a Octubre del mismo año; el diseño del estudio fue prospectivo en pacientes con sangramiento digestivo alto valorando la edad, sexo antecedentes patológicos personales, formas de presentación de sangrado y causas más frecuentes que conllevan al mismo, la población estuvo constituido por todos los pacientes (209) a los cuales se les realizó

esofagogastroduodenoscopia por presentar sangramiento.

La muestra correspondió a los pacientes que conforman la población teniendo como resultado que el sangramiento digestivo predominó en el sexo femenino en un 64,11%, en grupo de edades de 60 años y más un 48,32% las causas más frecuentes la úlcera duodenal en 38,27%, siendo más frecuente la melena con un 50,07% el estadio de Forrest que predominó en pacientes con úlcera fue el II C; es decir con signo de sangre reciente en forma de mancha pigmentada y un gran número de pacientes presentó antecedente de ingestión de antiinflamatorio no esteroideos días previos al sangrado que representó un 39,13%; seguido de bebidas alcohólicas 23,44%.

En conclusión prevaleció el sexo femenino con 134 pacientes que representa el 64,11% de la población y estuvo asociado a la ingestión previa de antiinflamatorios y bebidas alcohólicas.

Bases Teóricas.

Hipertensión portal.

Es un aumento en el flujo venoso portal o una resistencia en el flujo portal Según Kolster J. (1992), señala que:

Representa un aumento persistente de la presión hidrostática dentro del árbol portal y sus tributarios por encima de los valores normales los cuales oscilan entre 10 a 20 mm de Hg o de 17 a 20 cm. de H₂O. También puede hablarse de hipertensión portal cuando la

llamada presión en cuña de la vena hepática es mayor en 5 mm de Hg que la vena cava inferior o cuando la presión venosa portal registrada en el acto quirúrgico excede de los 18 a 22 mm de Hg ó 25 a 30 cm de H₂O, es considerada una alteración progresiva, que acarrea la formación de circulación colateral porto- sistémica por lo que parte del drenaje va a derivar hacia la circulación general sin pasar por el hígado.(Pág. 8)

Kolster J. Y De Kolster C. (1993); proponen que la hipertensión portal ha sido clasificada de diferentes maneras:

1. - De acuerdo a su localización anatómica en: prehepática, intrahepática, suprahepática.

- Prehepática: Causado por anomalías estructurales congénitas o adquiridas de la vena porta extrahepática tales como: Trombosis venosa portal o esplénica, flujo portal aumentado: fístula arteriovenosa, esplenomegalia masiva procedente de enfermedad hematológica primaria.

- Intra hepática: Condiciones que producen un aumento de la resistencia vascular dentro del hígado, este puede ser:

Presinusoidal: esquistosomiasis, otros trastorno periportales (por ejemplo cirrosis biliar primaria, sarcoidosis, fibrosis hepática congénita).

Hipertensión Portal idiopática. Sinusoidal: Cirrosis de todas las etiologías.

Postsinusoidal: Enfermedad oclusiva venosa.

- Suprahepática: Donde ocurre éstasis de salida en las venas suprahepáticas: Trombosis de la vena hepática, obstrucción membranosa de

la vena cava inferior y otras causas cardíacas.

2. - Desde el punto de vista patogénico:

- Por aumento de la resistencia vascular: Elevando la presión del árbol portal, a su vez tienden a formarse colaterales con la finalidad de drenar el sistema porta.
- Por aumento de flujo sanguíneo portal: la cual eleva la presión porta. Se sostiene en general que el aumento del flujo esplénico aunque no la inicie ayuda a mantener la hipertensión porta.
- Hipertensión porta cirrótica y no cirrótica: Esta clasificación aunque sencilla tiene importantes implicaciones pronósticas, ya que en estos casos existen múltiples factores como la compresión de las venas hepáticas por nódulos de regeneración, agrandamiento de los hepatocitos, depósito de colágenos o tejido fibroso en los sinusoides y la constricción de por miofibroblasto contráctiles

Hemorragia digestiva

La hemorragia puede ser manifestación de diversas enfermedades que afectan a todo el tubo digestivo desde la orofaringe hasta el ano, según Sierra F.(1997) se puede clasificar según el lugar, cantidad o característica de la sangre.

- Según el lugar:

a.- Hemorragia digestiva alta: Se define como aquel sangramiento del ángulo duodeno yeyunal hacia arriba. Las manifestaciones clínicas son hematemesis y/o melena y pueden ser leve o grave

b.- Hemorragia digestiva baja: Es aquella que esta por debajo del ángulo duodeno yeyunal o ángulo de treitz.

- Según la cantidad o características de la sangre se encuentra:

a.- Hemorragia digestiva aguda masiva: se presenta con mas de 1500 cc de sangre en un periodo de minutos a pocas horas (mas del 25% del volúmen sanguíneo, reducción de la hemoglobina a menos de 8 grs. y el hematocrito a menos de 24%); signos de schok, disminución de la tensión arterial y aumento del pulso.

b.- Hemorragia aguda no masiva: Tiene dos maneras de presentarse que pueden ser: En forma visible o en forma no visible (sangre oculta en heces) la forma oculta en heces no obedece obligatoriamente a hemorragia digestiva inferior; puede ser hemorragia digestiva superior. La hemorragia aguda no masiva puede persistir hasta 5 días después del episodio de sangramiento..

c.- Hemorragia digestiva crónica: Sangre oculta en heces, anemia hipocromica (por instilación lenta) no hay episodio evidente de sangramiento digestivo, normalmente en 200 grs de heces hay 2,5 ml de

sangre. La melena ocurre cuando hay entre 50 y 200 de sangre contenido en las heces.

Causas de la hemorragia digestiva superior.

Balanzo, J. (1996) propone otra clasificación de las causas las cuales son:

a).- Por su patogenia:

1. - Inflamatoria: úlcera péptica, gastritis alcohólica, medicamentosa, esofagítis, pancreatítis, divertículos los cuales son expansiones saculares implantadas sobre el intestino (por un pedículo), que comunica con la luz digestiva. Son banales en el duodeno (principalmente en el borde interno de la segunda porción del duodeno).
2. - Mecánica: hernia hiatal (con esofagítis por reflujo), Ingestión de cuerpos extraños (lesión en la mucosa), Síndrome de Mallory – weiss
3. - Vasculares: várices esofágicas, aneurisma aórtico y esplénicos (fistulizados hacia el estomago), microaneurosma de vasos del estomago, hemangioma gástrico.
4. - Neoplasias: Cáncer: Esofágico, gástrico, pancreático, hepatobiliar, pólipos, benignos o múltiples. Leiomioma o leiomiosarcomas.

5. - Traumáticas: Armas de fuego, arma blanca y traumatismo cerrado torácico abdominal.

B).- Por su frecuencia: Úlcera duodenal y gástrica, gastritis esofágicas, várices esofágicas. cáncer gástrico.

Varices esofágicas

Al aumentar la presión del sistema venoso portal, se abren comunicaciones porto sistémica (que habitualmente están cerradas), dando orígenes a colaterales que llevan a várices esofagogástrica, hemorroides y circulación colaterales del abdomen; la ruptura de la várice ocurre con mucha frecuencia y constituye la complicación más importante de la hipertensión portal. Según Kolster, J. abarca el 95% en casos de hematemesis masiva en los niños suele asociarse con obstrucción extrahepática de la vena porta. Los dos principales factores que se consideran como desencadenantes del acceso hemorrágico son el aumento de la presión dentro de las várices y la ulceración consecutiva a la esofagítis.

Aunque las várices esofágicas se asocian a la hipertensión portal en algunos pacientes se ha diagnosticado con presiones portales normales; las venas que suelen sangrar casi siempre se abren la parte lateral por erosión transmural y la hemostasis depende de la oclusión de la abertura por un trombo la hemorragia se asocia a hematemesis.

Diagnostico de várices esofágicas.

Este se hace por varias vías según lo referido por Kolster C. (1993) y se divide a su vez en dos métodos: Invasivo y no invasivo.

- Métodos no invasivos:

-Endoscopia: la cual consiste en la visualización del interior de ciertos órganos y cavidades del cuerpo con un endoscopio. Esta indicado para diagnosticar úlceras gástricas, localizar el origen de una hemorragia gastrointestinal superior, establecer la presencia y extensión de várices localizadas en el esófago inferior y en el estomago de pacientes con hepatopatías. A nivel de la hipertensión portal es un procedimiento en el que se puede predecir la ruptura de várices esofágicas tales como el enrojecimiento o la presencia de manchas rojas- cereza de la mucosa sobre las várices esta apariencia puede ser debida a capilares intraepitelial lleno de sangre. Es de gran utilidad; permite efectuar tratamiento mediante escleroterapia endoscopica.

-Ultrasonido (con doppler): sistema de representación de las estructura internas del organismo, mediante la reflexión de ondas de sonido de alta frecuencia. Es útil para evaluar la permeabilidad del sistema porta; detecta las várices y la magnitud del flujo hepatofugal.

- Métodos Invasivos:

-Esplenoportografía y arteriografía: Consiste en la visualización

radiológica de la anatomía interna del corazón y de los vasos sanguíneos tras la introducción en estos de un medio de contraste radiopaco. Esta técnica se emplea como medio de diagnóstico en la hipertensión portal; el medio de contraste puede inyectarse en una arteria o en una vena, o bien introducirse mediante un catéter colocado en una arteria periférica que se dirige a través del vaso hacia una víscera. Este procedimiento permite determinar el sitio de la obstrucción y orientarse respecto a la anatomía distribución de los colaterales y la dinámica del flujo portal, en pacientes con indicaciones quirúrgicas.

Tratamiento de las várices esofágicas en periodo agudo de sangramiento.

Existen conductas a seguir entre estas se tiene:

1- Medidas generales; similares a otras causas de hemorragias digestiva alta. La reposición del volumen sanguíneo debe hacerse con lentitud, pues el exceso de líquido administrado puede reiniciar el sangramiento; con estas medidas se detiene espontáneamente en la mayoría de los casos especialmente en la hipertensión portal extrahepática.

2. – Medicamentos:

-Vasopresina: Kolster, C. (1993) refiere “que es la primera sustancia usada, siendo un extracto de la pituitaria posterior Actúan como un vasoconstrictor esplénico” Pág.20. Infusión endovenosa en suero glucosado por una vía periférica; 0.2 a 0.4 U/min. Por 20 a 40 minutos: Produce vasoconstricción del territorio esplénico, con lo que disminuye la

presión portal; Como efectos colaterales pueden haber vasoconstricción en otras áreas vasculares como el cerebro, extremidades e intestino.

-Bloqueadores H₂ (inhibidores de la bomba de protones): Para prevenir el sangramiento gástrico, provocado por gastropatía hipertensiva. Son utilizados para disminuir la secreción de ácido gástrico y pepsina enzima secretada en el estomago que cataliza la hidrólisis de las proteínas. Al respecto Sierra, F. (1997) dice “ Tanto el ácido como la pepsina son capaces de alterar la coagulación al interferir con los sistemas intrínsecos y extrínsecos, como la polimerización del fibrinógeno y con la agregabilidad plaquetaria”. Pag. 14

-Propanolol: Es un bloqueador beta adrenérgico no selectivo disminuye el gasto cardíaco y produce vasoconstricción esplénica, se logra un efecto favorable con el, al disminuir la frecuencia cardíaca en un 25%, la dosis es de 0.5 a 3 mg /Kg/día; se administra por vía oral y es bien tolerado no disminuye la perfusión hepática

3.- Procedimientos no invasivos:

-Escleroterapia de emergencia: Se utiliza solo en las várices esofágicas es recomendable hacerse el procedimiento bajo la utilización de la vasopresina. Tiene muy baja mortalidad y disminuye la recurrencia de sangramiento. Y se define como la utilización de sustancia química esclerosantes para tratar varicosidades, el agente produce inflamación, posteriormente fibrosis y obliteración de la luz.

-Ligaduras elásticas de las várices por vía endoscópica: Procedimiento ideal, ante una hemorragia por várices esofágicas, consiste en localizar el punto sangrante se aspira la zona con el endoscopio, con lo cual se introducirá la pared esofágica de ese punto dentro del cilindro del extremo distal, y en ese momento, por la atracción del cable guía que llega hasta el cilindro a través del canal de biopsia, se suelta la banda elástica, la cual estrangulara las várices.

-Taponamiento con balón empleando la sonda de Sengstaken Blackmore: se suele utilizar como medida estabilizadora pre operatoria debe ir seguida por tratamiento definitivo en el plazo de 48 horas siempre que sea definitivo. consiste en la introducción de la sonda a través del esófago hasta las varices sangrante, para luego inflar el balón produciendo una compresión a nivel de la zona sangrante.

4. - Tratamiento quirúrgico: Se hace ante el fracaso de las anteriores; consiste en realizar una desconexión o anastomosis porto sistémica. Debe postergarse lo máximo posible en caso de hipertensión prehepática mientras más tiempo pase antes de tratamiento quirúrgico, es mejor por la posibilidad de que desarrollen “shunts” espontáneos. Entre los tratamientos quirúrgicos se tiene:

-Shunt portosistémico intrahepático. Es uno de los procedimiento quirúrgico que según Colapinto, R. y Stronell R. (1982). La técnica consiste en crear una vía de comunicación intrahepática entre las venas

suprahepáticas portales mediante técnica de angiografías por vía transyugular que posteriormente se dilata con balones y finalmente se coloca una prótesis similar a la que se realiza en otras regiones vasculares del organismo, especialmente el corazón; es en realidad un shunt portocava latero- lateral, y esta debe recanalizar de nuevo dilatándola con balones, y con frecuencia obliga a colocar una nueva prótesis; por ello el enfermo ideal es aquel que después de colocar un tips, esta en la lista de espera para un trasplante hepático; es preceptivo que a todos los pacientes que se le ha colocado una prótesis se efectúen revisiones rutinarias para comprobar el funcionamiento mediante ecografía con doppler o angiografía.

La colocación por vía transcutánea ha representado un notable avance en el tratamiento cuando ha fallado el farmacológico y lo endoscópico; según Chalasani N. desde 1982 que fue colocado el primer tips por colapinto se han colocado ya más de 15.000 en todo el mundo, la gran ventaja es su escasa agresividad y además logra disminuir la recidiva hemorrágica que es aproximadamente del 18% cuando con escleroterapia es del 40% y la ligadura del 35%. Sin embargo, tiene la desventaja que va asociada a una mayor incidencia de encefalopatías del 34%.

Cuidados de Enfermería.

El cuidado humano en enfermería no es solo una emoción, un interés, una actitud o un deseo benevolente; la atención humana incluye valores, un deseo, una promesa de cuidar, conocimiento, acciones de atención y consecuencia. Todo lo del cuidado humano esta relacionado con

conocimiento de salud y enfermedad; interacciones de personas y entorno, un conocimiento del proceso de enfermería, autoconocimiento, el conocimiento del poder de uno mismo y sus limitaciones.

Al respecto Leininger, M. (1984) dice que “ El cuidado es la esencia y el dominio central, unificante, dominante que caracteriza a la enfermera; es una necesidad esencial humana para el total desarrollo, mantenimiento de la salud y supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo. Aunque el cuidado no ha recibido el mismo grado de atención por los profesionales y el público como curación”. (Pag 3).

Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas.

Los Cuidados están referidos a la atención que presta la enfermera (o) Los cuales incluyen:

Exploración física.

En este punto se realiza la recolección de los datos subjetivos y objetivos que permitan formular un diagnóstico de enfermería, y actuar para promover la salud y la enfermedad.

Según Kozler, B (1994); Para la exploración física se requiere conocimientos, práctica, tiempo, el procedimiento se hace ordenadamente, es decir cefalo-caudal o por sistemas (pag. 95). Siendo la segunda elección

la más rápida alternativa en estos pacientes ya que generalmente ingresa al área de emergencia con un episodio de hemorragia activa. La valoración debe ir dirigida a la búsqueda del factor que desencadena la hemorragia, signos y síntomas que la evidencien.

Según Kolster C (1992) La exploración corporal del paciente, en la piel hay la búsqueda de vasoconstricción periférica, frialdad en las extremidades, palidez cutánea mucosa, conjuntiva, lechos ungüales, pliegues palmares, llenado capilar, sudoración y resequedad de la boca, que indique una disminución en la volemia o shock hipovolémico. En el patrón neurológico se controlan los cambios mentales del paciente tales como confusión y somnolencia, ya que estos signos son característicos de una disminución en la perfusión cerebral. En el Sistema digestivo se explora en busca de hepatoesplenomegalia, la hematemesis, melenas o hematoquecia, observando el color, olor, cantidad ya que esto puede evidenciar, la magnitud y velocidad de la hemorragia, así como el cálculo en la reposición de la pérdida sanguínea para evitar así sobre carga de volumen que aumente el riesgo del sangramiento

En el sistema respiratorio se debe estar muy atento con la permeabilidad de las vías respiratorias superiores por el peligro latente de una bronco-aspiración que comprometa la vida del paciente e inclusive la muerte, por eso se debe colocar con la cabecera de la cama elevada esto ayudara a estabilizar la presión arterial y evitará la bronco-aspiración de sangre o contenido gástrico.

Los cuidados de enfermería en la estabilidad hemodinámica de estos pacientes son esenciales; deberá monitorizar de una forma precisa las constantes vitales: temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, tensión arterial, respiración y presión venosa central, ya que de estos indicadores dependerá en gran parte la terapéutica a seguir.

Se deberá controlar, los signos vitales al ingreso del paciente y cada 5 a 15 minutos en la etapa crítica y posterior a la recuperación; cada hora para luego ir distanciando el monitoreo hasta el egreso del paciente. Durante la fase aguda de la hemorragia, se debe controlar cuidadosamente la administración y excreción de líquido, es probable que tengan que colocar una sonda de foley conectado a un sistema de drenaje de gravedad para controlar la excreción de orina y su densidad. Segun Kolster J.(1992). El descenso de la excreción normal por hora según la edad del paciente puede representar una insuficiencia renal, una densidad por encima de 1030 indica deshidratación (pag.32).

Medidas de soporte.

En las medidas de soporte enfermería desempeña un rol de gran importancia ya que es la encargada de supervisar el reposo absoluto en cama, la restricción hídrica y de alimentos sólidos del paciente, ya que este debe tener la vía oral omitida en su etapa crítica de sangramiento. Igualmente, se cateteriza una vía periférica de gran calibre preferiblemente en el brazo derecho, ya que el lavado gástrico y los posible métodos diagnósticos como la endoscopia, Ultrasonido, esplenoportografía entre

otros; se realizan en la posición decúbito lateral izquierdo. Se toman muestras de laboratorio (hematología completa, plaquetas, tiempo de coagulación, sodio, potasio, creatinina, glicemia entre otros). También se realiza (tipiaje, pruebas cruzadas). Se realizan solicitudes de hemoderivados y se abre una ficha con estos datos de laboratorio

De igual forma debe administrarse oxígeno cuando el gasto cardíaco o la perfusión están comprometidos, si la presión arterial esta descompensada se inicia la reposición de las pérdidas a través de expansores, el líquido intravenoso inicial será una solución salina lo cual ayudará también a mantener la secreción urinaria hasta que se disponga de hemoderivados.

Igualmente deberá controlarse y cuantificar el volumen de las soluciones expansoras de mantenimiento y hemoderivados trasfundidos, diuresis la pérdida de sangre ya sea por hematemesis o melena e inclusive la cantidad de volumen de la dieta cuando el paciente inicie la vía oral; todo esto para evitar una sobre carga de volumen que aumente la presión venosa central que conlleve a un aumento en el sangramiento o resangrado.

Tratamiento farmacológico.

El cuidado en este aspecto se basa en el conocimiento farmacológico que se posea sobre la farmacodinamia, farmacocinética, excreción y vida media de los medicamentos a utilizarse en esta patología tales como: bloqueadores H2 (ranitidina, omeprazol), fármacos vasoactivos que reducen la presión en el sistema porta (vasopresina, samatostatina, propanolol), antiespasmódicos

y procinéticos como el irtopan para disminuir el deseo del vómito y ayudar al relajamiento del paciente. los antimicrobianos van a depender si hay caso infeccioso.

Por otra parte deberá tomarse en cuenta las diluciones de dichos fármacos, ya que una sobre carga de líquidos puede llevar a un resangrado, por eso se debe especificar la cantidad en que van a ser diluidos los medicamentos, para que haya una continuidad en todos turnos en dichas diluciones y estas puedan ser restadas en el balance de líquidos del paciente. Asimismo, se le debe cumplir en las horas establecidas el tratamiento endovenoso para no perder la continuidad en la terapia farmacológica es decir la vida media del fármaco y evitar así posible deterioro que conlleven a resangrado.

Tratamiento quirúrgico.

El cuidado de enfermería o la atención que el profesional debe aplicar a estos paciente se basa en la preparación de los mismo que para cualquiera que fuera el procedimiento a realizar tales como: Endoscopia, escleroterapia, ultrasonoendoscopia, taponamiento esofágico o colocación del Shunt portosistémico intrahepático. Estos cuidados van desde la verificación de la dieta absoluta del paciente, preparación física del niño, administración de la fluidoterapia, verificación en banco de sangre de la preparación de hemoderivados para el acto quirúrgico y sobre todo lo más esencial el control del patrón hemodinámico, y la valoración física que permita detectar cualquier sangramiento que complique e incluso omita el

procedimiento.

Conocimiento.

Es el saber acumulado por una persona sobre un área específica. Para Muñoz S. y Riveola (1997) el conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problema con una efectividad determinada. Pag.(16)

Característica del conocimiento

Para Andréu, C. Y Sieber, P.(2000), En el conocimiento lo fundamental son básicamente tres característica:

-El conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside en las personas que asimilan como resultados de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas.

-Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento se consuma como ocurre con otros bienes físicos, permite entender los fenómenos que las personas perciben cada una a su manera, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado y también evaluarlo en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismo para cada uno en cada momento.

-Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir que hacer porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias para cada individuo de los fenómenos percibidos

SISTEMA DE VARIABLE.

Variable principal:

“ Información del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas”.

Tamayo, (2003). Define la variable “como un aspecto o dimensión de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de asumir distintos valores ya sea cualitativa o cuantitativa”. Pag.(84).

Definición Conceptual: Consiste en la Información que adquiere la enfermera sobre los cuidados del paciente con várices esofágicas

Definición Operacional: es la información que posee el profesional de enfermería sobre los cuidados a dar al paciente con hemorragias por várices esofágicas; referido a: Valoración física, medidas de soporte y terapéutica.

Definición de términos básicos.

Acigos, vena: Una de las siete grandes venas del tórax; comienza a nivel de la I o II vértebra lumbar, sube a través del hiato aórtico del diafragma y pasa a la derecha de la columna vertebral a nivel de la IV vértebra torácica, después se arquea ventralmente sobre la raíz del pulmón derecho y termina en la vena cava superior; recibe numerosas venas esofágicas y la vena bronquial derecha.

Anastomosis: Unión quirúrgica de 2 conductos o vasos para permitir el paso del flujo de una a otro.

Escleroterapia: Utilización de sustancias químicas esclerosantes para tratar Varicosidades como hemorroides o várices esofágicas; el agente produce inflamación y posteriormente fibrosis obliteración de la luz.

Hematemesis: Vómitos de sangre roja y brillante indicativa de una hemorragia gastrointestinal superior rápida, casi siempre debida a una várice esofágica.

Hematoquecia: Salida de sangre roja a través del recto normalmente suele ser secundaria a una hemorragia a nivel del colon o recto.

Hemoptisis: Expectoración de sangre proveniente de las vías aéreas sub-glóticas.

Hiperesplenismo: Es una citopenia hematológica que afecta a una o varias líneas hemáticas debido a no o a una esplenomegalia, es reversible tras la esplenectomía (secuestro de células sanguíneas).

Melena: Heces de color negro, fétida y pastosa (arquinatradas) casi siempre provienen de un sitio por encima del ángulo duodenoyeyunal; al pasar la sangre por el conducto gastrointestinal la acción de la bacteria y los jugos digestivos cambian el color de la sangre de negro brillante a negro alquinatradas (este proceso requiere varias horas)

Obliteración: Eliminación o pérdida de la función de una parte del organismo por medios quirúrgicos, patológicos o degenerativos.

Preceptivo: Obligatorio. Que incluye o encierra en si preceptos Conjunto de preceptos aplicables a determinada materia.

Vaso activo: Que tienden a producir vaso dilatación o vasoconstricción

Vasoconstricción: Estrechamiento de la luz de un vaso sanguíneo, especialmente de las arteriolas y las venas de los reservorios sanguíneos de la piel y de las vísceras abdominales depende de la estimulación del centro vasomotor de la médula cuyos impulsos se desplaza a lo largo de las fibras nerviosas simpáticas y contraen las capas del músculo liso de las arterias, arteriolas, venas, venuelas, provocando constricción.

Vasopresina: También denominada Hormona antidiurética (HAD) disminuye la producción de orina aumentando la reabsorción de agua en los tubulos renales, se libera en respuesta a una disminución de volumen circulatorio aumento de la concentración de sodio u otra sustancia en el plasma o por dolor estrés o acción de fármacos. La ADH puede provocar la contracción de la musculatura lisa del tubo digestivo y de los vasos

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio.

El tipo de estudio es, descriptivo porque se realiza sobre hechos reales, y suceden en un área operativa tal es el caso de los conocimientos que posee el profesional de enfermería en los cuidados a pacientes con hemorragia digestiva superior por várices esofágicas en las unidades de hidratación y emergencia pediátrica de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera.

Al respecto Gutiérrez, C. (1991). Define la investigación descriptiva como: La representación de hechos o eventos por medio del lenguaje, de modo tal que al leer o escuchar las expresiones verbales, se puede evocar el evento representado o figurado. Pag.(221)

Es decir, el principal objetivo de la investigación es diagnosticar una situación o fenómeno que esta ocurriendo, tomando en cuenta sus características individuales o de conjunto dependiendo del enfoque

Población y muestra.

La población se encuentra representada por 37 profesionales de

enfermería de atención directa que laboran en los servicios de Hidratación y Emergencia pediátrica en los tres turnos de trabajo. Poseen títulos de Licenciados y técnicos universitarios en enfermería y tienen laborando en los servicios de dos a ocho años. Se tomó la totalidad de la población por ser pequeña por lo tanto se hace factible el estudio.

Métodos e instrumento de recolección de datos.

En el estudio se utilizó como método de recolección de datos la encuesta, la cual permite establecer una relación entre el investigador y el profesional de enfermería. El instrumento que servirá como mecanismo para recolectar y registrar la información es un cuestionario o prueba de conocimiento estructurada en tres partes, con preguntas tipo abanico; la primera parte consta de veintidós (22) preguntas relacionadas con exploración física, la segunda parte conformada por ocho preguntas relacionadas con medidas de soporte y la tercera parte de siete preguntas sobre la terapéutica.

Procedimiento para la recolección de la información.

Para la recolección de la información se realizó una entrevista con la enfermera docente y la gerente de enfermería del área de pediatría de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera informándole sobre el estudio a realizar y los objetivos, se solicitó su colaboración y aprobación para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Por otra parte se comunicó a los profesionales de enfermería de las áreas de hidratación y emergencia pediátrica, sobre el estudio a realizar; solicitando su colaboración en el mismo..

Luego se aplicó el instrumento de la recolección de datos en los tres turnos laborables de enfermería, dicha aplicación fue realizada por los propios autores, y el apoyo financiero fue sufragado por los investigadores.

Procedimiento para la validación.

Según, Canales, E; Alvarado, E y Pineda, E. (1999), “ La validez de un instrumento se refiere al grado en que éste logra medir lo que se pretende medir pag.(140).

El instrumento que se utilizó para la recolección de la información fue previamente examinado por un médico gastroenterólogo pediatra, una Lic. Enfermería y una docente en enfermería (parte metodológica), quienes a su juicio (juicio de experto) realizaron las correcciones y modificaciones necesarias para la recolección de la información. La validación fue hecha por expertos en contenido.

Técnicas de análisis.

Los datos recogidos a través de la prueba de conocimiento se procesaron mediante la aplicación de técnicas estadísticas y la tabulación de los mismos usando las técnicas de series estadísticas básicas, organizándose

los datos y agrupándose en función a las respuestas emitidas y porcentajes obtenidos, para luego ser graficadas para su análisis e interpretación.

Para el proceso de diagnóstico los autores consideraron conveniente el discriminar los grados de información que tienen los profesionales de enfermería sobre los cuidados de pacientes pediátrico con hemorragia digestiva superior por várices esofágicas en la parte la exploración física, medidas de soporte y terapéutica, reflejándose de la siguiente manera:

- 1.- Nivel óptimo de información: Cuando las respuestas afirmativas emitidas sean de un porcentaje entre 80% a un 100%
- 2.- Nivel alto de Información: Cuando las respuestas afirmativas emitidas sean de un porcentaje entre 60% a un 79,9%
- 3.- Nivel medio de información: Cuando las respuestas afirmativas emitidas resulten de porcentajes entre 40% a un 59,9%.
- 4.- Nivel bajo de información: Cuando las respuestas afirmativas emitidas resulten de porcentaje de 20% a un 39,9%
- 5.- Nivel sin información: Cuando las respuestas afirmativas emitidas resulten en un porcentaje entre 1% a un 19,9%

CAPITULO IV.

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Una vez tabulado los datos se realizan la presentación de los mismos mediante técnicas, que permitan resaltar los datos de mayor relevancia en cuantos a los indicadores de la variable en estudio, en el análisis, los resultados obtenidos se contrastan con la fundamentación teórica.

A través de dicho análisis se logro determinar la información de los profesionales de Enfermería en el cuidado de pacientes pediátrico con hemorragia digestiva por vórices esofágicas. Observándose que las respuestas obtenidas son significativas, pues reflejan que hay diferencia en cuanto la información que posee las enfermeras (o).

En el cuadro N° 1. Referido a la información de los profesionales de Enfermería sobre el cuidado a pacientes con hemorragia digestiva por vórices esofágicas en lo concerniente a la exploración física se encontró que los informantes conocen acerca de la exploración física entre un 19% y un 94,6%. la menor información corresponde a los ítems N° 8 el cual se refiere a la instilación de 1000 ml de sangre en el tracto digestivo en menos de una hora, al momento de evacuar y el ítem N° 18 el cual corresponde a los

métodos no invasivos que se utilizan para diagnosticar una vórice esofágica; ambos con un 19% los cuales se ubican en un nivel bajo de información.

Los aspectos sobre los cuales tienen mayor conocimiento se refiere al ítem N°20 que contempla exámenes clínicos de urgencia a realizarse en una hemorragia superior por vórices esofágica. Con un 94,6% que corresponde a un nivel óptimo de información, Asimismo se desprende del cuadro que de los 22 ítems dos se ubican en la categoría sin información con un 19%, cuatro en un nivel bajo de información por estar entre 20 y un 39,9% de respuestas afirmativas, cuatro en un nivel medio de información por estar ubicados entre un 40 y un 59,9%, ocho en un nivel alto de información por estar entre 60 y 79,9% y cuatro en un nivel óptimo de información por tener un porcentaje de respuestas afirmativas de un 80 a 100%.

De manera global la información sobre la exploración física se ubica en un porcentaje de 57,2% lo que quiere decir, que los profesionales de enfermería encuestados poseen un nivel medio de información.

Por lo antes expuesto y teniendo presente que los pacientes con esta patología es de alto riesgo, se precisa que el profesional de enfermería que suministra los cuidados debe poseer un nivel de información de un 100% para así garantizar esos cuidados calificados y libre de riesgo.; además se debe tener en cuenta que en esta dimensión o etapa la información que posea el profesional de enfermería es de vital importancia por es esta donde se realiza la exploración física al paciente y la enfermera (o) como

profesional de la salud esta más involucrado con la identificación de los signos y síntomas que estén alterando la salud del paciente. La información obtenida en la dimensión exploración física se presenta en el grafico N° 1.

En el cuadro N° 2. referido a la información que tiene los profesionales de enfermería sobre el cuidado a pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas en lo concerniente a las medidas de soporte se evidenció que los encuestados conocen acerca de dicha dimensión entre un 24,3% y un 97,2% ; obteniendo el menor porcentaje en información el ítem N° 26 con un 24,3% el cual se refiere a la posición recomendada a la hora de realizar un procedimiento para evitar una broncoaspiración en pacientes con varices esofagicas ubicándose este en un nivel bajo de información. Y el mas alto en información fue el ítem N° 24 el cual se refiere al tipo de dieta con que se debe administrar en un paciente con varices esofágica a la hora de un ingreso como medida de soporte, registrando un 97,2% de respuestas afirmativas para ubicarse en un nivel óptimo de información.

Asimismo se puede evidenciar que de los ocho ítem que comprenden la parte dos (medidas de soporte) uno se ubica en el nivel bajo de información con un 24,3%, Cinco en un nivel medio de información por estar entre un 40 y 59,9%, uno en un nivel alto con un 62,1% y uno en un nivel óptimo con un 97,2%.

De manera general se puede decir que la información que tienen los profesionales de Enfermería sobre la dimensión medidas de soporte; se

ubica en un nivel medio de información por haber obtenido un 56,7% de respuestas afirmativas.

La información obtenida en esta dimensión se presenta en el gráfico N° 2.

En el cuadro N° 3 referido a la información que tienen los profesionales de Enfermería sobre el cuidado a pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas relacionado a la terapéutica se encontró que los encuestados tienen una información acerca de esta dimensión entre un 27% y un 81%. Los ítems con menor información son el N° 33 referente al cual es el uso de la antibióticoterapia en pacientes con várices esofágica con un 27%; y el ítem N° 37 concerniente a los tratamientos quirúrgicos empleados en pacientes con várices esofágicas también con un 27% y los cuales se ubicaron en el nivel bajo de información. El aspecto en el cual tienen mayor información está en el ítem N° 35, el cual trata sobre los bloqueadores H2 utilizados en la hemorragia digestiva por várices esofágicas con un 81%.

Asimismo, se obtiene del cuadro 3; que de siete ítems de esta dimensión terapéutica se ubican dos en el nivel bajo de información ambos con un 27%, tres en un nivel medio de información con un 48,7%, 51,3%, 56,8% respectivamente, uno con un nivel alto de información con un 62,1 % y uno con un 81% y ubicado en el nivel óptimo de información.

Interpretando de una forma global se puede detectar que los encuestados tienen una información de un nivel medio; sobre los cuidados a pacientes con várices esofágicas en la dimensión terapéutica ya que las respuestas afirmativas se ubicaron en un 50,6%.

Se debe tener presente que en esta etapa se esta identificando la información que se tiene sobre el tratamiento farmacológico y quirúrgico utilizados en este tipo de paciente y que es el profesional de Enfermería quien cumple los fármacos y prepara al paciente para la resoluciones quirúrgica por lo tanto debe tener un nivel óptimo de información para poder comprender la farmacocinética, farmacodinamia de los fármacos , y así poder detectar posibles efectos secundarios que comprometa la vida del paciente y así mismo desempeñar un cuidados de calidad en las resoluciones quirúrgicas. La información obtenida en la dimensión terapéutica se representa en el grafico N° 3.

En el cuadro N° 4 referido Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las dimensiones: exploración física, medidas de soporte y terapéutica se encontró que los informantes conocen acerca de estas tres dimensiones entre un 50,6% y un 57,2% . la menor información la obtuvo la dimensión (terapéutica) con un 50,6% , seguida de (medidas de soporte) con un 56,8% y la de mayor porcentaje fué la (Exploración física) con un 57,2%; ubicándose las tres dimensiones en un nivel medio de información.

De manera global la Información del profesional de Enfermería sobre los cuidados a pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas se ubica en un 55,9% lo que quiere decir que poseen un nivel medio de información.

Se Debe tener presente que estos pacientes son de alto riesgo por su patología y la edad ;es por eso que el profesional de Enfermería debe estar capacitado para atender en casos de emergencia por sangramiento activo a estos pacientes aplicando el proceso de atención de enfermería, detectando alteraciones neurológicas ,metabólicas, hemodinámicas, entre otras; mediante una buena exploración física y así poder responder con acertadas medidas de soporte que apoyada en una terapéutica oportuna y eficaz ayude a reponer la salud del niño e integrarlo la más rápido posible a la sociedad.

La información obtenida en las tres dimensiones (Exploración física, medidas de soporte y terapéutica) son presenta en el grafico N°4.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación tuvo como objetivo describir la información del profesional de enfermería en el cuidado de pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas.

Los objetivos general y específicos formulados en este estudio guiaron al desarrollo de la investigación y los resultados permitieron realizar las siguientes conclusiones:

En la dimensión N° 1 referido a la información del profesional de enfermería sobre cuidados de paciente con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a exploración física los elementos muestrales arrojaron un 57,2% de respuestas correctas y un 42,8% de respuestas incorrectas.

En la información del profesional de enfermería sobre los cuidados de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en cuanto a medidas de soporte se observa que un 56,8% fueron respondidas correctamente mientras que el 43,2% fueron respondidas incorrectamente.

En cuanto a la información del profesional de enfermería sobre los cuidados de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices

esofágicas en la dimensión terapéutica se evidencia que hubo un 50,6% de respuestas correctas, mientras que un 49,4% fueron incorrectas.

En lo relativo a la información del profesional de enfermería sobre los cuidados de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva por várices esofágicas en las tres dimensiones se observó que de las tres dimensiones registraron un nivel medio de información por estar entre los márgenes de un 40 a un 59,9%, también se observó que de las tres dimensiones la de mejor dominio entre las enfermeras es la referida a exploración física con un 57,2% seguida por las medidas de soporte con un 56,8% y la más débil se refiere a la terapéutica con un 50,6%. Por lo tanto se puede decir con base estadística que las enfermeras de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera de las unidades de Emergencia e Hidratación tienen un nivel medio de información con respecto a los cuidados de paciente con hemorragia digestiva por várices esofágicas ya que obtuvieron un 55,9% de respuestas correctas con relación a todo el instrumento.

RECOMENDACIONES

Dar información al departamento de docencia de la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia Edo Carabobo acerca de los resultados de la investigación con el fin de conocer la importancia de promover actualización dirigida al profesional de enfermería de las unidades de Emergencia e Hidratación para optimizar el cuidado de paciente pediátrico con hemorragia digestiva por várices esofágicas.

Concientizar al personal de Enfermería acerca de la importancia de realizar actualización sobre patologías digestivas tomando en cuenta la valoración física, medida de soporte y terapéutica.

Dar a conocer a los profesionales de enfermería de las unidades de Emergencia e Hidratación en que nivel de información se encuentran para instrumentar estrategias que permitan y faciliten la participación en las actividades educativas dentro y fuera de la institución

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Acuña, M. (2001). **Como se elabora el proyecto de investigación, para los estudios formalativos o exploratorios, descriptivos, diagnósticos, evaluativos, formulación de hipótesis causales, experimentales y los proyectos factibles.** Cuarta edición. B.L. consultores asociados, servicio editorial. Caracas. República Bolivariana de Venezuela

Dugas, W.P. (1986). **Tratado de enfermería practica.** Cuarta edición. Editorial Interamericana. México. Distrito Federal.

Gota, A. (1984) **Farmacología médica principios y conceptos.** Ediciones Doyma S.A.. Barcelona. España

Kolster, J.; Castro, C. (1993). **Hipertensión portal; tratamiento médico.** Trabajo parcial para el ascenso en el escalafón universitario a la categoría de profesor titular y asociado respectivamente. Facultad de ciencias de la salud departamento de medicina, de puericultura y pediatría. , Universidad de Carabobo.

Kozler, B.; ERB.; G. Y Olivieri, R. (1994). **Enfermería fundamental conceptos, procesos y prácticas.** Cuarta edición. Interamericana Grau-Hill. España.

Potter, P. (1995). **Fundamentos de enfermería teoría y práctica.** Tercera edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid. España

Tamayo, M.y Tamayo (1996). **El proceso de la investigación científica.**
Tercera edición. Lisusa. México

Velez, G. Y Collazos, M. (1997) **Investigación en salud, factores sociales.**
Primera edición. Editorial Mc. Graw-Hill interamericana S.A. Santafe de
Bogotá. Colombia.

ANEXOS.

CERTIFICACIÓN DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Por la presente hago constar que he leído el instrumento para la recolección de la información del trabajo especial de grado presentado por los T.S.U.: Araujo Ochoa Elio José, C.I.Nº V- 11.521.588 y Flores Mosquera Rosa Judith, C.I.Nº V- 13.511.588, para optar por el título de **LICENCIADO EN ENFERMERIA**, cuyo título tentativo es: **INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL CUIDADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA POR VARICES ESOFÁGICAS EN LA UNIDADES DE HIDRATACIÓN Y EMERGENCIA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA VALENCIA EDO CARABOBO**, y doy fe que el mismo cumple con los requisitos para su validación.

En Valencia en el mes de Septiembre del 2004.

Nombre.
CI:

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERIA

**INFORMACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL
CUIDADO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA
POR VARICES ESOFAGICAS EN EL 3° TRIMESTRE DEL AÑO
2004 EN LA CIUDAD HOSPITALARIA Dr. ENRIQUE TEJERA EN
LAS AREAS DE HIDRATACION Y EMERGENCIA PEDIATRICA**

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor(es):
Elio Araujo
Rosa Flores
Tutor: Carmen Cecilia Jiménez
Asesor de contenido: Matilde Ortega.

Valencia, Octubre 2004

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta un cuestionario que tiene como propósito la revisión de la información que tienen las enfermeras (os) en las áreas de emergencia de niños e hidratación en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera en Valencia Estado Carabobo, en cuanto a los cuidados de enfermería en los pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas. Este instrumento forma parte del trabajo especial de grado como requisito para optar al título de Licenciado de Enfermería en la Universidad Central de Venezuela.

T.S.U. Elio Araujo

T.S.U. Rosa Flores

INSTRUCCIONES

El cuestionario consta de tres partes, la primera parte corresponde a la exploración física, la segunda a medidas de soporte y la tercera parte a la terapéutica. El instrumento posee un total de 37 preguntas tipo abanico.

En las siguientes páginas se encuentra una serie de preguntas destinadas a obtener información objetiva para ejecutar la investigación propuesta se agradece leer cada una de ellas para ser respondida por usted.

Marque con una (X) la repuesta que corresponda a la alternativa correcta.-
Se agradece responder todas las preguntas- Utilice bolígrafo.

El cuestionario es confidencial no debe firmar.

I PARTE. Exploración física

1. -A nivel neurológico cuando hay hemorragia digestiva por várices esofágica se produce:

- Vigilia.
- Somnolencia.
- Coma.
- Trastorno de la marcha.

2. - Cuando un paciente con várices esofágicas presenta confusión, se puede sospechar que la hemorragia esta:

- En su etapa final.
- En etapa de compensación.
- En colapso vascular.
- En etapa de no sangramiento.

3. -Los efectos producido por un sangramiento activo por várices esofágicas a nivel de piel se manifiestan como:

- Enrojecimiento, prurito, piel de malla
- Vasoconstricción periférica, llenado capilar lento, hipotermia
- Piroerección, enrojecimiento de la mucosa, calentamiento de los pliegues palmares y lechos ungüales.
- Diaforesis, petequias, llenado capilar lento

4. - En la valoración física de un paciente con hemorragia por várices esofágica con sangramiento activo a nivel de piel se encuentra los siguientes signos:

- Piel fría, húmeda, sudoración profusa, con retardo en el llenado capilar.
- Piroerección, resequead en la boca, alteraciones neurológicas, enrojecimiento en los pliegues palmares.
- Arañas vasculares, eritema palmar, petequias, manchas melanicas.
- Ascítis, edema a nivel de miembros inferiores, resequead de piel.

5. - Cuando hay hemorragia digestiva por várices esofágicas, en la mucosa oral se produce:

- Hipersalivación.
- Resequedad.
- Presencia de sangre.
- Contenido gástrico.

6. – A nivel abdominal, en pacientes con hemorragia digestiva por várices esofágicas es frecuente evidenciar:

- Esplenomegalia.
- Cardiomegalia
- Hepatoesplenomegalia
- Megacolon

7. - Cuales de estos signos corresponde a una hemorragia digestiva superior por várices esofágicas en pacientes pediátricos:

- Hematoquecia, trombocitopenia, anasarca.
- Melena, poliserositis, hipovolemia.
- Hematemesis, hematoquecia, melena.
- Trombocitopenia, poliserositis, anasarca.

8. –En una hemorragia digestiva por várices esofágicas en pacientes pediátricos, la instilación de 1.000 ml de sangre en el tracto digestivo superior en menos de una hora, al momento de evacuar se evidencia como:

- Melena.
- Hematoquecia.
- Sangre oculta en heces
- Pozos de café.

9. – En pacientes con hemorragia por várices esofágicas en cuanto a los vómitos y las evacuaciones se debe evaluar:

- Color, olor, cantidad.
- Densidad, frecuencia, olor.
- Color, pH, consistencia.
- Cantidad, frecuencia y pH.

10. – Cuando hay una hemorragia digestiva superior por várices esofágicas se debe salvaguardar la permeabilidad de las vías aéreas para evitar:

- Colapso pulmonar.
- Broncoaspiración.
- Broncoespasmo.
- Enfisema pulmonar

11.- En una hemorragia por várices esofágicas la respiración del paciente se ubica en el siguiente patrón:

- Taquípnea
- Apnea
- Bradípnea
- Eupnea

12. - Cuales de estos eventos pueden desencadenar un sangramiento digestivo por várices esofágica

- Hipotermia – hipotensión.
- Hipertermia – hipertensión.
- Normotermia – hipotensión.
- Hipovolemia – hipotensión..

13. - De estos signos y síntomas cuales evidencia disminución en la volemia por hemorragia digestiva superior por várices esofágicas:

- Taquípnea – Taquicardia.
- Bradicardia – bradipnea.
- Apnea – taquicardia.
- Taquifignia – taquipnea.

14. - Un paciente con sangramiento activo por várices esofágicas, en colapso vascular presenta las siguientes alteraciones a nivel de pulso:

- Bradifignia.
- Taquifignia.
- Eufignia.
- Taquipnea.

15. – En un sangramiento digestivo activo por várices esofágicas , a nivel de volemia se evidencia el siguiente signo:

- Presión venosa central aumentada.
- Hematemesis.
- Presión venosa central disminuida.
- Presión venosa central normal.

16. - Un paciente con hemorragia digestiva superior por várices esofágicas en su etapa crítica con respecto a la diuresis presenta:

- Poliuria
- Anuria
- Oliguria
- Necturia.

17. - Para medir funcionamiento renal en paciente con hemorragia digestiva por várices esofágicas La diuresis de debe controlarse a intervalos de :

- Cada 6 horas.
- Cada hora.
- Por turno.
- Cada 3 horas

18.- Para diagnosticar un sangramiento digestivo por várices esofágicas entre los métodos no invasivos tenemos:

- Broncospia – Colonoscopia
- Endoscopia – Ultrasonido
- Colonoscopia – Endoscopia
- Esplenopografía – Arteriografía

19.- Entre los métodos invasivos, para diagnosticar un sangramiento digestivo por várices esofágicas se cuenta con :

- Esplenopografía – Arteriografía
- Broncospia – Colonoscopia
- Endoscopia – Ultrasonido
- Eco Abdominal- Resonancia magnética.

20. - Los exámenes clínicos de urgencia en una hemorragia digestiva superior por várices esofágicas a realizarse son:

- Hematología completa, conteo de plaquetas, tiempo parcial de trombina y tromboplastina, creatinina, bun, tipaje, factor Rh
- Glicemia, sodio, potasio, VDRL.
- Conteo de plaquetas, colesterol, tipaje, electrolitos séricos.
- HIV, hematología, creatinina y conteo de plaquetas.

21. - La hemoglobina y hematocrito de un paciente con sangramiento por várices esofágicas en su etapa crítica se debe chequear:

- Todos los días en la mañana.
- Después de cada sangramiento.
- Seis horas posterior a la administración de hemoderivados.
- Cada 6 horas.

22.- Al realizar la química sanguínea y serología, en un paciente con hemorragia digestiva superior por várices esofágicas se debe considerar primordial realizar lo siguiente:

- Creatinina , urea, grupo sanguíneo y factor Rh.
- Sodio, potasio, glicemia, combs.
- Triglicéridos, calcio, IgA. IgG
- VDRL, albúmina, globulina, urea

II PARTE. Medidas de soporte.

23.- Cuando un paciente pediátrico con hemorragia digestiva por várices esofágicas se le coloca oxigeterapia esto obedece a cual de los siguientes criterio:

- El gasto cardíaco o la perfusión están comprometidos.
- Inmediatamente al paciente ingresar a la emergencias.
- Posterior a un cuadro de hematemesis.
- Luego de presentar una melena de gran proporción

24. – Como medidas de soporte al momento de ingreso, de un paciente pediátrico con hemorragia digestiva activa por várices esofágicas, se debe proceder con que tipo de dieta:

- Dieta absoluta.
- Dieta líquida.
- Dieta completa.
- Dieta blanda.

25.- Cual cree usted que debe de ser la movilidad de un paciente con hemorragia activa por várices esofágicas:

- Reposo absoluto en cama
- Deambulaci3n m3nima
- Deambulaci3n precoz
- Reposo semi- sentado.

26. - La posici3n recomendada para un paciente con hemorragia por várices esofágicas a la hora de realizar un procedimiento, para evitar una bronco aspiraci3n es:

- Decúbito dorsal.
- Decúbito lateral izquierdo.
- Decúbito lateral derecho..
- Fowler

27. - El acceso al torrente sanguíneo en el periodo de urgencia, a la hora del ingreso para reponer líquidos se debe hacer con:

- Catéter de vía central.
- Yelcos de gran calibre.
- Intracath.
- Scalps.

28. - Posterior a la compensaci3n hemodinámica del paciente con hemorragia digestiva por várices esofágica, la vía de acceso al torrente sanguíneo más idónea es:

- Periférica.
- Flebotomía.
- Vía central.
- Intraósea.

29. –Para no aumentar la presión porta, por hipervolemia en paciente con hemorragia por várices esofágica, se debe tener presente restar cuales de los siguientes líquidos administrado:

- Coloides y cristaloides.
- Hemoderivados y medicamentos.
- Medicamentos, hemoderivados, coloides, cristaloides y Fluidoterapia.
- Cristaloides y medicamentos.

30 - Los hemoderivados a transfundir en posibles resangrados por várices esofágicas se deben fijar o solicitar a banco de sangre :

- Con anticipación.
- Posterior al sangramiento.
- Todos los días en las mañanas.
- Por turnos de enfermería.

III PARTE Terapéutica

31 – En una hemorragia por várices esofágicas, los betaadrenérgicos son utilizados como:

- Anticoagulantes.
- Vasopresores.
- Antihistamínicos.
- Inhibidores de la secreción gástrica.

32. - La sandostatina y propanolol son betaadrenérgicos no selectivos utilizados en una hemorragia por várices esofágicas para producir:

- Disminución de la segregación de jugos gástrico.
- Vasoconstricción y disminución la presión porta
- Aumento en la coagulación y la agregación plaquetaria
- Disminución del gasto cardíaco y presión arterial

33.- La antibióticoterapia se utiliza en pacientes con sangramiento por várices esofágicas por:

- Profilaxia.
- Para combatir una infección nosocomial
- para disminuir la presión porta.
- Para combatir una infección

34.- Los antiespasmódico son utilizados en las hemorragia digestiva por várices esofágicas para:

- Para disminuir el deseo del vómito y relajación
- Disminución de los jugos gástricos y el vómito.
- Disminución del vómito y la presión porta.
- Relajación y disminución de los jugos gástricos

35. – Entre los bloqueadores H2 utilizados en la hemorragia digestiva por várices esofágicas se encuentran:

- Omeprazol – ranitidina.
- Irtopan –sandostatina.
- Sandostatina – propanolol.
- Lasix – irtopan.

36. - Los medicamentos capaces de inhibir al ácido gástrico y la pepsina responsables de alterar la coagulación, el fibrinogeno y la agregación plaquetaria son:

- Antiespasmódicos.
- Vasoconstrictores.
- Bloqueadores H2.
- Antibioticoterapia.

37. - Los tratamientos quirúrgicos empleados en pacientes con hemorragias digestivas superior por várices esofágicas son:

- Sonda de sengstaken blackemore, endoscopia, escleroterapia y Shunt portosistémico intrahepático.
- Ultrasonido, trasplante hepático, escleroterapia,
- Endoscopia, angiografía hepática y tomografía axial computarizada de abdomen.
- Ligadura de várices, escleroterapia, endoscopia