

Formación Continuada y Autoevaluación
Revisión de conocimientos sobre el cuidado
a pacientes con problemas digestivos
y nutricionales
(Vol. 14 - n.º 3)

J. Pascual Martínez

Enfermero del Servicio de Emergencias y Rescate.
SERCAM-Bomberos Comunidad de Madrid.



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE
SALUD
1,4 créditos

1. *Respuesta B.* La sonda de Sengstaken-Blakemore es una sonda de 3 luces que se utiliza para taponar varices esofágicas. Posee un balón esofágico y otro gástrico. El balón esofágico se infla hasta alcanzar una presión de 25-40 mmHg, el gástrico se llena con unos 300-500 ml de aire y la tercera luz es para aspiración gástrica. La sonda de Linton-Nachlas es una sonda nasogástrica de triple luz que posee un balón gástrico y se emplea para taponar varices gástricas, mientras que las otras 2 luces son para aspiración gástrica y esofágica.
2. *Respuesta B.* La nutrición enteral mediante sondas nasogástricas o transpilóricas (duodenales) precisa de una estrecha vigilancia con el objetivo de detectar y evitar precozmente posibles complicaciones, y también de monitorizar que la terapia nutricional se efectúa adecuadamente. De estas complicaciones potenciales, las principales son la retención gástrica, la intolerancia gastrointestinal, la aspiración pulmonar, la migración de la sonda de alimentación y el íleo. En cuanto a la intolerancia gastrointestinal, tal como se explica en la respuesta B, hay que vigilar y registrar la aparición de náuseas, vómitos, distensión, retortijones o ruidos intestinales hiperactivos. Por otro lado, la ausencia de ruidos intestinales a la auscultación debería hacernos sospechar un íleo, ante lo cual tendríamos que interrumpir la alimentación y comunicárselo al médico, aunque no sería necesario retirar la sonda y, menos aún, cambiarla por una de mayor calibre. La aspiración del contenido gástrico de forma periódica (cada 4 h) y la valoración de la distensión abdominal nos permitirá saber si se está produciendo retención gástrica de la alimentación enteral. Si la cantidad de contenido gástrico que obtenemos es superior a 100 ml en 4 h deberemos interrumpir la alimentación. La aparición de signos de distrés respiratorio sería condición para interrumpir la dieta y retirar la sonda enteral ante la sospecha de aspiración pulmonar.
3. *Respuesta E.* La última porción del duodeno forma un ángulo marcado con el yeyuno, denominado ángulo duodenoyeyunal o de Treitz. A este nivel el intestino comienza a hacerse intraperitoneal, y se corresponde con el extremo craneal de la raíz mesentérica. Se encuentra, aproximadamente, a la altura del disco que separa la primera de la segunda vértebra lumbar.
4. *Respuesta A.* El dolor abdominal agudo de origen pancreático, se caracteriza por localizarse en epigastrio o en el hipocondrio izquierdo, irradiado a la espalda en más del 50% de los casos, es más intenso en decúbito supino y alcanza su máxima intensidad a los 15-60 min de su inicio. El resto de localizaciones/causas resultan correctas.
5. *Respuesta A.* La alimentación yeyunal se realiza de forma continua y a través de una bomba peristáltica. La administración de nutrición enteral en bolos rápidos o demasiado fríos en el interior del intestino delgado podría provocar un síndrome de Dumping, que se caracteriza por diarrea, calambres abdominales, debilidad, mareos, palpitaciones y diaforesis.
6. *Respuesta B.* No es cierto que un paciente crónico presente menor riesgo de desnutrición que el resto de los pacientes ingresados en UCI. Por el contrario, estos pacientes añaden al resto de condicionantes habituales de desnutrición los propios de las enfermedades crónicas, como falta de apetito y disminución de la ingesta, anorexia y un posible aumento del catabolismo muscular relacionado a la disminución de la actividad. El paciente crítico ve alteradas sus necesidades nutricionales en la mayoría de las ocasiones, especialmente aquellos que sufren sepsis, traumatismos u otras lesiones (incluidas las quirúrgicas) y/o estrés. En estos casos, se puede producir un aumento del catabolismo que haga disminuir las reservas del organismo de forma rápida.

7. *Respuesta D.* La desnutrición del paciente crítico se asocia en general a un peor pronóstico de su enfermedad, con aumento de las complicaciones, lo que a su vez interfiere en la ingesta y absorción de los alimentos y favorece una rápida disminución de las reservas del organismo. Un paciente mal nutrido fácilmente presentará problemas a la hora del «destete», tendrá problemas con su integridad tisular y con la cicatrización de las heridas, lo que aumentará sus riesgos de infecciones y se verá alterada su tolerancia a las terapias.
8. *Respuesta A.* Entre los signos de desnutrición que podemos encontrar se encuentra la piel seca y con poco color. Además de los demás mencionados, podríamos encontrar un peso inferior al 15-20% del peso ideal, debilidad muscular, fatiga, cabello seco, frágil o delgado y dificultad para la cicatrización de las heridas.
9. *Respuesta D.* La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término usado para englobar 2 procesos: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Ambas enfermedades a menudo son difíciles de distinguir y, aunque se pueden presentar en personas de cualquier edad, habitualmente se diagnostican en uno de estos 2 grupos: entre 15 y 25 años o entre 55 y 65 años. Presentan, además de trastornos gastrointestinales, manifestaciones extraintestinales que afectan a múltiples órganos y sistemas. Las necesidades nutricionales de estos pacientes se encuentran aumentadas debido a la respuesta inflamatoria y a la malabsorción intestinal que sufren. El tratamiento se basa en diversos fármacos: ácido 5-aminosalicílico, corticoides, moduladores inmunológicos, moduladores de la respuesta biológica y antibióticos, principalmente.
10. *Respuesta E.* En las intoxicaciones por paracetamol debe administrarse como antídoto *n*-acetilcisteína. Su uso debe realizarse lo más precoz posible, si es posible antes de la aparición de encefalopatía hepática. Posteriormente, también puede resultar eficaz, debido al efecto que tiene al reducir el posible edema cerebral y el shock que puedan aparecer como complicaciones.
11. *Respuesta D.* Los fármacos bloqueadores de la histamina (anti-H₂) más habituales son la cimetidina, ranitidina y famotidina. Son inhibidores de la secreción ácida estimulada por la ingesta de alimentos, especialmente de la secreción ácida nocturna. Entre sus efectos adversos no se encuentra la posibilidad de inducir anemia ferropénica.
12. *Respuesta D.* En este caso, aunque presenta el resto de criterios para administrarle una dieta enteral (ya sea oral, nasogástrica o nasoyeyunal), hay que valorar como más acertada iniciar la nutrición con una dieta parenteral (NTP), por la gran posibilidad que existe de que desarrolle rápidamente un íleo paralítico, en cuyo caso sería preciso vaciar el contenido gástrico mediante sonda.
13. *Respuesta D.* El patrón de dolor de la pregunta representa la posible presencia de pancreatitis aguda, uno de los cuadros típicos que hay que valorar al hacer el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo. En el caso de perforación de víscera hueca, las características principales son el dolor muy intenso de aparición súbita, con paciente inmóvil. En la apendicitis aguda tenemos dolor periumbilical o irradiado a fosa ilíaca derecha. En el úlcus péptico el dolor es urente, quemante y se alivia tras la toma de antiácidos. A veces, el dolor de origen cardíaco, isquémico, puede manifestarse abdominalmente de forma referida al origen torácico. En este último caso, es fundamental que se descarte rápidamente.
14. *Respuesta B.* En el pasado, la meperidina era muy utilizada en el tratamiento de la pancreatitis aguda debido a que se decía que los opiáceos estaban contraindicados por producir espasmos del esfínter de Oddi. Sin embargo, actualmente se ha demostrado que los opiáceos son los fármacos de elección para el tratamiento de la pancreatitis aguda, entre otras razones por sumador vida media, y pueden ser complementados con indometacina y ketorolaco.
15. *Respuesta A.* La secretina es una hormona producida por las células epiteliales del duodeno, producida por

el contacto con ácidos digestivos y cuya finalidad es estimular la actividad pancreática. La colecistocinina se produce en el yeyuno y su objetivo es estimular a la vesícula biliar para el metabolismo de las grasas. La gastrina es una hormona producida por la mucosa gástrica que aumenta la secreción de jugos gástricos. El péptido inhibidor gástrico cumple su función al disminuir ligeramente la actividad motora del estómago.

16. *Respuesta A.* Entre las indicaciones de nutrición parenteral total se encuentra la pérdida de peso superior al 10% del peso normal del organismo. También son indicaciones unas concentraciones bajas de albúmina y la imposibilidad de ingesta suficiente por el tracto gastrointestinal.
17. *Respuesta A.* El efecto de la inmovilidad sobre el sistema gastrointestinal afecta disminuyendo la motilidad intestinal, lo que puede provocar íleo paralítico y estreñimiento. En cuanto a la aspiración pulmonar es una complicación de origen diverso pero no directamente debida al encajamiento. El estrés que degenera en úlcera va asociado a la enfermedad aguda.
18. *Respuesta C.* La insuficiencia hepática produce hiperglucemia por un déficit o resistencia a la insulina que provoca el uso menos eficaz de la glucosa en las células. Las otras alteraciones nutricionales provocadas por la insuficiencia hepática son: hipercatabolismo, con liberación rápida de aminoácidos que pueden provocar encefalopatía hepática; disminución del uso de las grasas por deterioro de su metabolismo; hiponatremia, normalmente dilucional y secundaria a una reducción de la eliminación de agua. La pérdida de masa muscular propiamente dicha no es una alteración nutricional, pero podemos incluirla atendiendo a que se produce en el contexto de un intento de aporte suplementario debido al aumento del catabolismo que se produce en estos pacientes.
19. *Respuesta D.* Cuando en la pancreatitis hemorrágica podemos observar la sangre retroperitoneal que se dirige hacia los flancos, esto se conoce como signo de Grey Turner. Cuando se observa alrededor del ombligo es el signo de Cullen. Estos signos aparecen después de varios días de evolución y son de mal pronóstico. El signo de Kerning hace referencia a la hipertonía muscular provocada por la meningitis y no tiene relación alguna con este cuadro.
20. *Respuesta B.* Las úlceras por estrés tienden a producir una hemorragia lenta, muchas veces enmascarada en la gravedad del resto de la patología del paciente crítico. Generalmente, se descubren por la presencia de sangre en heces o por aspiración de restos por sonda nasogástrica. Normalmente, son erosiones poco profundas que se producen en el estómago aunque también pueden producirse en los intestinos.
21. *Respuesta B.* La ecuación de Harris-Benedict calcula las necesidades calóricas de una persona en reposo, en ayunas y sin estrés, según el sexo, el tamaño corporal y la edad del individuo. Para su uso en el paciente crítico debe cuantificarse también el factor de estrés, dado el hipermetabolismo habitual de estos pacientes. Este factor relaciona las distintas alteraciones clínicas que pueden aumentar las necesidades de energía.
22. *Respuesta A.* Los signos físicos de malnutrición no son precoces. Por el contrario, son de aparición tardía y resultan de más pronóstico cuando se presentan. Aunque los parámetros antropométricos sirven para valorar las reservas proteínicas, no se suelen utilizar. Sí debe valorarse la evolución de la pérdida de peso corporal, la temperatura, el estado emocional, la presencia o no de ruidos intestinales y las posibilidades alimenticias (masticar, tragar, etc.).

23. *Respuesta D.* El paciente críticamente enfermo presenta, en general, un estado hipermetabólico que hace precisar una ingesta enteral o parenteral algo superior al consumo del organismo. El objetivo será evitar la pérdida de masa corporal hasta que el organismo supere la fase «crítica» de la enfermedad, cuando las necesidades y el aporte se normalicen, lo que también evita que un aporte excesivo de hidratos de carbono haga aumentar el consumo de oxígeno y la producción de CO₂ con las consecuencias respiratorias que esto tendría.
24. *Respuesta E.* La vía de elección para la nutrición del paciente crítico es la enteral, por presentar un mejor grado de absorción de nutrientes y menos complicaciones. Además, resulta más barata y sencilla que la nutrición parenteral.
25. *Respuesta C.* Ante el caso de una evisceración posquirúrgica deberemos colocar al paciente en posición de Fowler, con el fin de proteger los órganos y evitar que la evisceración aumente. La evisceración tras cirugía es una complicación que puede ser favorecida en aquellos pacientes que presentan deficiencias nutricionales graves, diabetes, obesidad, uso de esteroides e infección.

BIBLIOGRAFÍA. Fuentes consultadas y recomendadas para el estudio del tema

1. Clochesy JM, Breu C, Rudy EB, Whittaker AA. Critical Care Nursing. Pennsylvania: Saunders, 1993; p. 929-1024.
2. Kidd PS, Wagner KD. Enfermería clínica avanzada. Atención a pacientes agudos. Madrid: Editorial Síntesis, 1997; p. 405-22.
3. Williams SM. Decisiones de enfermería de cuidados críticos. Barcelona: Doyma, 1992; p. 152-8 y 286-90.
4. Long BC, Phipps WJ. Enciclopedia de enfermería profesional. Problemas de digestión y eliminación. Vol 10. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1993; p. 1126-206.
5. Guyton AC. Tratado de fisiología médica. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1988; p. 933-1083.
6. Orts Llorca F. Anatomía humana. Tomo III. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1972. p. 372-610.
7. Lord L. Introducción de una sonda nasogástrica de gran calibre. Rev Nursing 2002;20.
8. McConnell EA. ¿Qué hay detrás de una obstrucción intestinal? Rev Nursing 2002;20.
9. Bowers S. Información completa sobre las sondas de alimentación enteral. Rev Nursing 2001;19.
10. Kohn-Keeth C. Sondas de alimentación. Rev Nursing 2000; 18.

Páginas web relacionadas o de interés

- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: <http://www.niddk.nih.gov/index.htm>
- Recursos de enfermería en la Red: http://fisterra.com/recursos_web/enfermería/entrada.htm