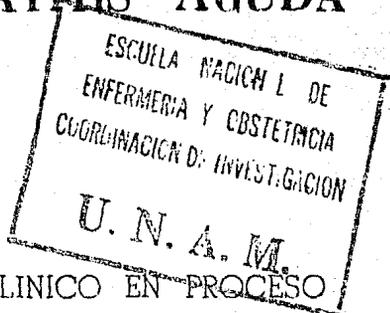




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PANCREATITIS AGUDA



ESTUDIO CLINICO EN PROCESO

DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A :
MERCEDES PAULA MANCERA DOMINGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

<u>INTRODUCCION</u>	1
I. <u>MARCO TEORICO</u>	3
1.1 Generalidades de anatomía y fisiología	3
1.2 Epidemiología	15
1.2.1 Diagnóstico	16
1.2.2 Tratamiento	18
1.3 Historia Natural de la Pancreatitis Aguda	19
II. <u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	29
2.1 Datos de identificación	29
2.2 Nivel y condiciones de vida	29
2.3 Problema actual o padecimiento	33
2.4 Problemas detectados	39
2.5 Diagnóstico de Enfermería	39
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	41
3.1 Desarrollo del plan	42
CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

INTRODUCCION

La salud depende del equilibrio entre las condiciones del huésped, el medio ambiente y la interacción con los agentes.

La nutrición es un factor determinante para mantener la salud. Día a día se requiere del consumo de alimentos para el desarrollo y crecimiento que son imprescindibles para la vida.

La calidad y cantidad de los alimentos que se ingieren tienen una influencia decisiva y permanente sobre el organismo humano así como la dieta equilibrada que satisfaga los requerimientos metabólicos y actúe como un factor fomentador.

Las dietas deficientes en cantidad o calidad actúan como factores desencadenantes de enfermedad.

Tal es el caso de la pancreatitis aguda en donde la ingestión de comida en abundante cantidad, profusa ingestión alcohólica, o de ambas, es el antecedente frecuentemente reportado. Se presenta en adultos.

La pancreatitis se presenta clínicamente como un cuadro de vientre agudo con náuseas, vómito, dolor abdominal intenso y fiebre.

Su etiología es confusa y por lo tanto, el tratamiento es un motivo de discusión y controversia.

El paciente debe ser tratado en un medio hospitalario, por los síntomas y el riesgo de complicaciones que presenta, pues el cuadro inflamatorio produce signos de necrosis.

Como puntos relevantes, aliviar el dolor, síntomas más sobresalientes y orientar sobre el tratamiento para disminuir la tensión emocional.

CAMPO DE INVESTIGACION

El presente estudio clínico en Proceso de Atención de Enfermería, se llevó a cabo en el Servicio de Cirugía General, ubicado en el 5o. piso ala norte, cama número 560, del Hospital Juárez de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

OBJETIVO GENERAL:

Profundizar en los conceptos teóricos de la pancreatitis aguda, para tener una referencia amplia sobre sus manifestaciones y estructurar un plan de atención de enfermería que solucione los problemas detectados en una paciente con este cuadro, con base en la metodología científica y la aplicación de los niveles de prevención.

I. MARCO TEORICO

1.1 Generalidades de anatomía y fisiología del páncreas.

El páncreas es un órgano glandular situado por delante de la columna vertebral a nivel de la segunda vértebra lumbar, aplanada de adelante atrás y alargada transversalmente, con una longitud aproximada de 16 centímetros, su altura de 4 centímetros y su espesor de 2 centímetros, de color amarillento y consistencia blanda.^{1/}

Tiene tres porciones: cabeza, cuerpo y cola.

Esta glándula es un poco movable, el duodeno rodea completamente su cabeza y el peritoneo sujeta la cabeza y el cuerpo del páncreas a la pared posterior del abdomen.

Esta glándula tiene dos funciones: la exocrina (externa) y endocrina (interna) que produce insulina y glucagón.^{2/}

El páncreas está compuesto por un tejido propio, vasos y nervios.

El tejido pancreático es análogo al de las glándulas salivales, este tejido está formado por lóbulos de los que parten pequeños conductos que se unen al conducto excretor común. Los acini que constituyen

1/ Fort A.J.; Anatomía descriptiva, p. 453.

2/ Jabal, Juan; Anatomía y fisiología; p. 102.

los lóbulos, al reunirse son notables por su volumen, sus fondos de saco tienen cincuenta micras.

Los conductos secretores desembocan en conductos más gruesos, donde cambian la estructura y su función, es llevar el producto de la secreción. Estos conductos se abren en un conducto común que recorre la glándula desde la cola hasta la cabeza llamado conducto pancreático o de Wirsung, el cual va aumentando de volumen a medida que se acerca al duodeno y desemboca en la segunda porción del mismo, a nivel de la ampolla de Vater. El conducto pancreático fue descubierto por Wirsung en el año de 1622.

En algunos individuos existe un conducto accesorio pequeño, que nace en la cabeza del páncreas y que comunica en su origen con el conducto principal y se abre en el duodeno a 2 centímetros por encima de la ampolla de Vater, llamado conducto de Santorini.^{3/}

El jugo pancreático fue descubierto por De Graff; lo creyó ácido, pero es alcalino, lo cual fue demostrado por Pechlím, Drelincourt y Brunner.

Más tarde Claudio Bernard descubre la acción de este jugo sobre los albuminoides y demostró su acción saponificadora, desdoblando las grasas en glicerina y ácidos grasos.

3/ Fort, A.J.; op.cit.. pp. 454-455.

Hoy se conoce que este líquido tiene triple acción en medio de tres fermentos: sobre los albuminoides actúa por la tripsina, sacarifica los feculentos por la amilopsina, y emulsiona los cuerpos grasos por la esteapsina.

Existe un intersticio entre el borde inferior del páncreas y la tercera porción del duodeno llamado Hiatus pancreaticoduodenal por el cual pasan la arteria mesentérica superior, la vena mesaraica mayor, los linfáticos del intestino delgado y de la mitad derecha del intestino grueso, así como el plexo mesentérico.

Vasos y nervios:

Las arterias vienen de la esplénica, de la pancreaticoduodenal y de algunas ramas de la mesentérica superior.

Las venas concurren a formar la porta, los linfáticos se abren en numerosos ganglios que se avecinan en el páncreas, los nervios proceden del plexo solar.^{4/}

Fisiología:

El páncreas es una glándula de enorme importancia en la digestión de los alimentos nutritivos y en el metabolismo de los carbohidratos en el organismo.

^{4/} Ibidem., pp. 455-456.

Tiene dos secreciones, una exocrina y otra endocrina.

La primera es la secreción del jugo pancreático en el tracto intestinal, este jugo es uno de los principales coadyuvantes químicos de la digestión, contiene enzimas necesarias para digerir los carbohidratos (amilasas), proteínas (tripsina) y grasas (lipasa). Esta secreción pasa al duodeno por la ampolla de Vater, cerca de la desembocadura del coledoco.

La presencia de alimentos en el duodeno estimula la producción de las enzimas, al secretarse una hormona (secretina) y ser llevada al páncreas, hace que éste inicie la secreción enzimática, para ello también le llegan impulsos nerviosos por los nervios neurogástricos.^{5/}

El páncreas diariamente produce un volumen de jugo pancreático de 25 ml., por kilogramo de peso, el jugo es alcalino con un pH de 8 y tiene la función de neutralizar el ácido del estómago.

Un litro de jugo pancreático contiene aproximadamente 90 a 95 mEq de bicarbonato y concentraciones en mEq de sodio, potasio, calcio y magnesio en valores similares a los de la composición plasmática normal (8.0 mEq).^{6/}

5/ Brunner Sholtis, Lillian; Enfermería medicoquirúrgica, p. 574.

6/ Ferreras, Valenti; Medicina interna, pp. 174-175.

La segunda función es la endocrina y consiste en la secreción de insulina directamente en la corriente sanguínea, la cual contribuye a regular el nivel de azúcar en la sangre y a transformar el azúcar en calor y energía.

Esta hormona (la insulina) es elaborada por pequeños acúmulos de células diseminadas en el páncreas llamadas islotes de Langerhans, las células beta de los islotes producen la insulina y las células alfa producen el glucagón, otra hormona, que tiene la propiedad de aumentar la concentración sanguínea de glucosa, en contraste con la insulina que la disminuye.

Las secreciones interna y externa del páncreas son indispensables para el funcionamiento normal del organismo. Toda alteración en la secreción externa produce trastornos digestivos y nutricionales, y cualquier deficiencia de la insulina causa alteración del metabolismo de carbohidratos.^{7/}

El páncreas en condiciones normales secreta de 500 a 1 000 ml., de líquido por día (aunque puede secretar 4 000 ml.).

El jugo pancreático es un líquido alcalino con un pH aproximadamente de 8, compuesto de dos constituyentes principales, uno integrado

^{7/} Brunner Sholtis, Lillian; op.cit., p. 574.

por agua, electrólitos y bicarbonato, siendo este último la contribución más importante y el segundo formado por enzimas que contribuyen a la digestión de grasas, proteínas y carbohidratos, todos estos representados aunque no en su totalidad, por enzimas: amilasa, tripsina y lipasa.

El páncreas es estimulado por factores nerviosos y hormonales, su secreción principal está bajo control duodenal e intensidad por la acción de secretina y colesistocinina pancreomícina, los estímulos del sistema nervioso central son menos conocidos pero se sabe que existe una fase vagal o central de la que depende la producción de un líquido rico en enzimas y pobre en carbohidratos.

Todos los alimentos estimulan la producción de jugo pancreático pero los más potentes son los aminoácidos y las grasas.^{8/}

La porción del páncreas que secreta el jugo pancreático es una glándula alveolar compuesta, que semeja a las glándulas salivales.

En las células se forman gránulos de zimógeno (que contienen enzimas) y son descargados por emecitosis desde los vértices de las células a la luz de los conductos pancreáticos.

8/ Howard M., Spiro; Gastroenterología clínica, p. 907.

Las enzimas proteolíticas del jugo pancreático son secretadas como las proenzimas inactivas tripsinógeno y varios quimiotripsinógenos emparentados.

El tripsinógeno se convierte en enzima activa (tripsina) por la enterocinasa (enzima secretada por la mucosa duodenal) la cual contiene 41% de polisacáridos y este alto porcentaje de polisacáridos aparentemente tiene que ser digerida a sí misma antes de ejercer su efecto.

La tripsina convierte a la profosfolipasa A en enzima activa fosfolipasa A, esta separa un ácido graso de la lecitina, formando lisolecitina, está dañada, las membranas celulares, la activación de la fosfolipasa en los conductos pancreáticos con formación de lisolecitina a partir de la lecitina a veces es causa de pancreatitis aguda grave.

Composición normal del jugo pancreático:

Cationes: Na, K, Ca, Mg, pH aproximado de 8.

Aniones: HCO_3 , Cl, SO_4 , HPO_4 .

Tripsinógeno.

Quimiotripsinógeno

Procarboxipeptidasa A y B

Elastasa

Ribonucleasa

Desoxirribonucleasa

Profosfolipasa A

Lecitinasa A

Lipasa pancreática

Amilasa pancreática

Albúmina y globulina

Metabolismo de los glucósidos:

La mayoría de los carbohidratos son polímeros de las hexosas, la más importante de éstas son la galactosa, la fructuosa y la glucosa; el principal producto glúcido circulante es la glucosa que se encuentra en sangre de 60 a 80 mg/ml., y en sangre arterial es de 15 a 30 mg/100 ml., mayor que en sangre venosa.

Al penetrar la glucosa a las células es fosforilada para formar glucosa 6-fosfato, la enzima que cataliza esta reacción es la hexocinasa, la glucosa 6-fosfato es polimerizada en glucógeno o catabolizada, a este proceso de formación de glucógeno se llama glucogénesis, este se encuentra como reserva de glucosa en la mayoría de los tejidos del organismo principalmente en hígado y músculos esqueléticos.^{9/}

^{9/} Ganon, William F.; Manual de fisiología médica, pp. 232-233.

Pancreatitis:

Todos los procesos inflamatorios del páncreas reciben el nombre de pancreatitis. Su clasificación se basa en las diferentes presentaciones clínicas, de aquí que se comprenden tres formas principales:

- a. Pancreatitis aguda
- b. Pancreatitis recidivante
- c. Pancreatitis crónica.

Patogenia de la pancreatitis:

La inflamación de la glándula pancreática se presenta en respuesta a múltiples factores etiopatogénicos, la causa fundamental se desconoce, pero existen cierto número de circunstancias patológicas que frecuentemente se asocian con pancreatitis por lo que se consideran como factores etiológicos, entre éstos se encuentran:

- Litiasis biliar:** Cálculos localizados en la vesícula, coledoco o en ambos.
- Alcohol:** Ingestión copiosa de alcohol, a veces acompañada de una comida abundante.
- Trauma:** Después de cirugía pancreática o de órganos vecinos como tractobiliar, estómago, duodeno y otros.

Trastornos metabólicos: hiperlipidemia, hipercalcemia y hemocromatosis.

Vasculitis: Arteritis necrotizante de origen colágeno vascular o reacción a drogas.

Úlcera péptica: Duodenal o gástrica por perforación o penetración del páncreas.

Tumores: De la papila de Vater y el coledoco distal.

Medicamentos: Principalmente los corticoides y las tiazidas.

Infecciones y parasitosis: por el virus de la parotiditis y la mononucleosis infecciosa.

Pancreatitis ideopática: donde no se descubre ninguno de los factores etiológicos.^{10/}

Pancreatitis aguda:

Es la inflamación del páncreas que se presenta repentinamente en una glándula hasta entonces normal y que si el enfermo sobrevive, suele curar sin secuelas.

^{10/} Rozman, Ciril; Medicina interna, p. 182.

Es un trastorno que depende de la propia digestión de este órgano por las enzimas que produce (principalmente la tripsina).

Se desconoce con exactitud en que forma comienza la autodigestión, pero la asociación frecuente de pancreatitis con vesiculopatía, hacen pensar que los cálculos cursan por el coledoco y van a alojarse a la ampolla de Vater, obstruyendo la corriente del jugo pancreático o causan reflujo de bilis del coledoco al conducto pancreático activando así las enzimas pancreáticas (que en circunstancias normales se encuentran inactivas hasta el jugo pancreático llega a la luz del coledoco).

Puede aparecer también pancreatitis aguda como complicación de parotiditis o enfermedad bacteriana, o por ingestión excesiva de alcohol.

Se conocen dos formas de pancreatitis aguda:

1. Pancreatitis intersticial aguda
2. Pancreatitis hemorrágica aguda

La primera se caracteriza por inflamación de la glándula y salida de sus enzimas a los tejidos vecinos y a la cavidad abdominal.

Síntomas:

Depende de la irritación y del edema de la glándula, incluyen

do dolor abdominal, náuseas, vómito e hipersensibilidad en la parte superior del abdomen; existen cambios enzimáticos en el líquido peritoneal, en la orina y en la sangre.^{11/}

La segunda representa una forma avanzada de la primera, en ésta la digestión enzimática de la glándula es más extensa y completa, el tejido muestra necrosis y el daño se extiende a los vasos pequeños, la sangre se escapa del parenquima pancreático, pasando a los tejidos retroperitoneales.

Síntomas:

Dolor en parte superior del abdomen, náuseas, vómito y aparición de choque con hipotensión, taquicardia, piel fría, sudor viscoso y cianosis.

Según los cambios patológicos, la pancreatitis se clasifica en:

Moderadamente aguda:

Conocida también como edema pancreático agudo, ésta no es hemorrágica.

Aguda de mayor intensidad:

Es hemorrágica grave o necrótica, que como complicación tardía forma abscesos en la región atacada, los cuales deben ser drenados quirúrgicamente.^{12/}

11/ Brunner Sholtis, Lillian; op.cit., pp. 574-575.

12/ Ibidem., p. 575

1.2 Epidemiología de la pancreatitis aguda.

La pancreatitis es la inflamación difusa de la glándula pancreática, causada por la autodigestión de este órgano por enzimas que él mismo produce, sobre todo tripsina.

Su clasificación se basa en las diferentes presentaciones clínicas, de aquí que se comprenden tres formas principales:

- a. Pancreatitis aguda
- b. Pancreatitis recidivante
- c. Pancreatitis crónica.

Se conocen más factores predisponentes o desencadenantes que propiamente causales.

Predisponentes: obesidad, ingestión de alimentos ricos en grasas y muy escanciados.

Desencadenantes: alcoholismo, hiperparatiroidismo, hiperlipidemia, tratamientos con glucocorticoides y los traumatismos abdominales ya sean accidentales o quirúrgicos.

Se presenta por igual en ambos sexos a edades comprendidas sobre todo entre los 35 y 50 años.

Aunque es más común en sujetos obesos, con antecedentes biliares y tras una ingestión abundante de alimentos o bebidas alcohólicas.^{13/}

1.2.1 Diagnóstico

La Pancreatitis aguda anuncia su presencia precoz y ruidosamente precisando un diagnóstico diferencial, dado que los síntomas son muy similares a los de un abdomen agudo que precisa intervención quirúrgica.^{14/}

Las pruebas de mayor importancia para el diagnóstico de pancreatitis aguda incluyen medición de amilasa y lipasa en suero, que aumentan en el comienzo de la enfermedad.^{15/}

Química sanguínea: valoración de amilasa y lipasa.

La determinación de amilasa sérica es de gran valor diagnóstico, su valor normal es de 200 mU/ml., el cual se eleva de 4 a 6 veces precozmente y de forma fugaz, la actividad suele volver a la normalidad en 2 a 5 días en la forma más moderada de la enfermedad, la presencia de valores elevados sugiere la continuación del proceso o la posible formación de pseudoquistes.

^{13/} Ferreras, Valenti; op.cit., p. 186

^{14/} Davidson, Israel; Diagnóstico clínico por el laboratorio, p.891

^{15/} Brunner Sholtis, Lillian; op.cit., p. 575.

Amilasa urinaria: valor normal de 35-260 U Somogyi por hora, la actividad urinaria puede persistir alterada, una vez que la sérica ha vuelto a la normalidad, los valores superiores de 1 000 U/hora son casi exclusivos de enfermos con pancreatitis aguda.

Amilasa en líquido peritoneal: sugiere pancreatitis aguda en valor superior a 5 000 U.

Lipasa: valor normal en suero 14-2, 280 mU/ml. La lipasa sérica aumenta generalmente de forma paralela a la amilasa pero tiende a mantenerse elevada más tiempo.

Pruebas diversas:

Generalmente hay leucocitosis que alcanzan cifras hasta de 30 000/mm³.^{16/}

Puede haber hemoconcentración. Los niveles séricos de lecitinasasa A, tripsina y desoxirribonucleasa están también elevados. La disminución de calcio por debajo de 7.5 m/100 ml., tiene un valor pronóstico de gravedad. Puede haber hiperbilirrubinemia, así como hiperglicemia con glucosuria como manifestaciones de Diabetes.^{17/}

Examen radiológico: la radiografía simple de abdomen a veces

^{16/} Davidson, Israél; op.cit., pp. 892-896.

^{17/} Ibidem., p. 897

muestra ileo paralítico, localizado predominantemente en el cuadrante izquierdo o asa centinela, ésto es indicativo de pancreatitis. La radiografía de tórax puede demostrar derrame pleural, elevación del diafragma o atelectasia basal más frecuente en el lado izquierdo. ^{18/}

1.2.2 Tratamiento:

Aliviar el dolor: administrar antiespasmódicos y anticolinérgicos para bloquear los impulsos nerviosos que estimula la secreción pancreática.

Aspiración gástrica: continua para reducir la cantidad de ácido que penetra al duodeno y así disminuir la estimulación por la secretina, aliviar los vómitos, eliminar gases y secreciones retenidas por el ileo paralítico.

Ayuno absoluto: para inhibir la formación de secretina ya que la secretina pancreática es influida por la ingestión de alimentos y líquidos, sólo se mantendrá al paciente a base de líquidos parenterales, ya que la llegada de enzimas pancreáticas a la cavidad peritoneal produce una quemadura de dicha cavidad y gran pérdida de líquidos por lo que es importante la restitución de líquidos y electrolitos.

Administración de plasma y sangre: ya que puede perderse plasma en la cavidad abdominal, lo que disminuye el volumen sanguíneo.^{19/}

Tratamiento del shock: las necesidades iniciales de fluidos y electrolitos suelen ser elevadas y al mismo tiempo precisa utilizar generosamente sustancias coloides como la albúmina para mantener la presión oncótica intravascular, la monitorización del débito urinario y de la presión venosa central son de utilidad para graduar y valorar la eficacia de estas medidas.^{20/}

1.3 Historia Natural de la Pancreatitis Aguda

Período prepatogénico:

Agente:

Se conocen más factores predisponentes o desencadenantes que propiamente causales.

Predisponentes: obesidad, las comilonas ricas en grasas y abundantemente escanciadas.

Desencadenantes: alcoholismo, hiperparatiroidismo, hiperlipidemia, los tratamientos con glucocorticoides en los niños y los traumatismos abdominales, ya sean accidentales o quirúrgicos.

^{19/} Brunner Sholtis, Lillian; op.cit., p. 575

^{20/} Rozman, Ciril; op.cit., p. 186

Huésped:

Se presenta por igual en ambos sexos a edades comprendidas sobre todo entre 35 y 50 años y muestra un comienzo súbito con curso clínico grave. En los casos ejemplares suele presentarse durante la digestión, sobre todo en sujetos obesos de edad mediana, con antecedentes biliares y tras una comida abundante en libaciones.

Ambientales:

Nivel socioeconómico y cultural sin importancia para este padecimiento, así como las características ambientales.^{21/}

Período patogénico:**Cambios tisulares:****Edema del páncreas:**

Una tumefacción glandular por infiltración líquida que le confiere cierto aumento de consistencia a la palpación. La infiltración edematosa afecta, a veces, no sólo al páncreas, sino a los mesos contiguos.

Infarto hemorrágico:

Se caracteriza por la coexistencia de sufusiones hemorrágicas,

^{21/} Farreras, Valenti; op.cit., pp. 940-941.

de color rojo pardo, con lesiones blanquecinas de necrosis, por lo cual en conjunto, el páncreas adquiere aspecto marmóreo. La hemorragia pancreática suele ser abundante y, aunque ocasionalmente confinada a la transcavidad de los epiplones, suele rebasarla ampliamente, invadir la cavidad peritoneal e infiltrar el tejido retroperitoneal en sentido descendente (hasta la pelvis menor) y ascendente (hacia las pleuras).

Necrosis aguda:

Se observan extensos focos necróticos grisáceos que ocupan casi toda la extensión de la glándula. Con independencia de la forma anatomopatológica, pero predominando en la necrótica-hemorrágica, el cirujano suele advertir, al abrir la cavidad peritoneal, al margen de un exudado serohemático, como agua de lavar carne, la presencia de manchas blanquecinas características de citoesteatonecrosis, que recuerdan a gotas de cera, localizadas en epiplones, meso y peritoneo. Tales lesiones, del tamaño de una lenteja, o mayor, traducen la formación de las sales cálcicas de los ácidos grasos, liberados, desde las estructuras citadas, por la lipasa pancreática extravasada.

En el riñón no es rara la glomerulitis, probablemente por fenómenos de coagulación intravascular diseminada.

Signos y síntomas inespecíficos:

Puede presentarse fiebre de 38°C , náuseas, vómito, dolor tipo cólico intenso a la palpación en cuadrante superior derecho, leucocitosis, transaminasas y fosfatasas alcalina ligeramente elevada, mal estado general.

Signos y síntomas específicos:

Dolor abdominal violentísimo: comparable con su intensidad al de una perforación o al del infarto del miocardio de la pared posterior. Se localiza en el epigastrio y se irradia al cinturón, preferentemente hacia la izquierda, para generalizarse enseguida al resto del abdomen.^{22/}

El dolor es continuo, atroz y a menudo colapsante.

Comparte la sensación de aniquilamiento o muerte inminente.

Vómitos:

Son constantes, alimentarios primero, biliosos o mucosos después, son tenaces y no alivian al paciente.

Fiebre: De 38°C - 39°C .

^{22/} Ibidem., pp. 177-178.

Inspección:

Paciente abatido, frecuentemente colapsado, con una curiosa rubeosis en las mejillas que se atribuye a la histamina liberada. El vientre aparece abombado y, transcurridos algunos días, surgen grandes esquimosos periumbilicales (signo de Halstead o Cullen), o bien en el ángulo costolumbar (signo de Turner) debidas a la infiltración hemorrágica del tejido celular subcutáneo.

Palpación:

Revela la existencia de defensa pero no de contractura muscular. La matidez hepática no desaparece. Todo el abdomen duele al comprimirlo, pero especialmente el epigastrio.^{23/}

Percusión:

Pone de manifiesto cierto timpanismo abdominal y en no pocas ocasiones matidez en la base izquierda (a veces en la derecha), como expresión de un derrame pleural concomitante.

Auscultación:

Evidencia la semiología del mencionado derrame pleural y en el abdomen, por lo general, solo silencio.

Exploración complementaria:

Examen radiográfico: a nivel abdominal resulta fundamental para el diagnóstico. La presencia de un ileo paralítico localizado, sito en las proximidades del páncreas (la llamada asa centinela) es frecuente y orientativa. Rara vez se adivina la glándula pancreática tumefacta, que desplaza al estómago y abre el marco duodenal. En el tórax cabe advertir la ya citada pleuritis.

Electrocardiograma: la presencia de ondas T negativas e incluso de elevaciones nada raras del espacio ST, plantean dudas con el infarto del miocardio en fase inicial.^{24/}

La frecuente elevación de las transaminasas complica el problema diagnóstico diferencial con el infarto del miocardio, que, sin embargo, la evolución y los datos positivos de pancreatitis se encargan de esclarecer.

Complicaciones:

Shock: que en rigor cabe considerar como parte integrante del cuadro clínico, sigue a veces un curso muy grave y conduce a la muerte.

^{24/} Ibidem., p. 180

Secuestro pancreático: va seguido generalmente de supuración y acaba formándose un absceso que exige la intervención para drenarlo.

Pseudoquistes: aparecen no en pocas ocasiones muy precozmente. Deben sospecharse en todo paciente que, tras haber superado el momento crítico de su pancreatitis, no acaba de reponerse, aparecen heces esteatorréicas y se palpa una tumoración abdominal.

Ocasionalmente los brotes de pancreatitis aguda recurren, aunque menos violentos y la enfermedad evoluciona hacia la cronicidad (pancreatitis crónica recidivante).^{25/}

En tal caso, no es rara ni la hiperglucemia ni la mala digestión.

Muerte:

La pancreatitis aguda es una afección grave y, como se ha señalado, el 20% de los pacientes fallecen.

El resto evoluciona hacia la curación, a veces con secuelas en forma de insuficiencia pancreática exocrina o endocrina (Diabetes), en el curso de tres o cuatro semanas.^{26/}

^{25/} Ibidem., p. 181

^{26/} Ibidem., p. 182

Prevención primaria:**Promoción de la salud:**

Orientación higiénica para evitar microorganismos productores de enfermedad.

Orientación sanitaria para conocer las enfermedades del páncreas.

Hábitos alimenticios adecuados

Vigilancia médica periódica

Mejoramiento del nivel socioeconómico cultural

Protección específica:

Diagnóstico y tratamiento adecuado de padecimientos pre-disponentes.

Evitar la obesidad

Orientación sobre el alcoholismo

Prevención secundaria:**Diagnóstico precoz:**

Detección temprana de los casos

Tratamiento médico sintomático

Diets en pocas grasas

No subir de peso exageradamente

Valoración de enzimas pancreáticas

La elevación de valores de la amilasa o lipasa sérica, constituye a la base del diagnóstico.

Estudios de laboratorio: sangre, química sanguínea, estudios específicos.

Radiografías: placa simple de abdomen.

Tratamiento oportuno:

Aliviar el dolor. ^{27/}

Restitución de líquidos y electrolitos

Insulinoterapia

En ocasiones antibióticos

Inhibición de agentes vasoactivos

Inyecciones de albúmina

Prevención terciaria:

Rehabilitación:

Dieta blanda poca en grasas

Evitar la ingestión de bebidas alcohólicas

Durante la convalecencia se realizarán controles repetidos de hematócrito, leucocitos, amilasemia, amilasuria, calcemia, ionograma y glicemia.

Educación higiénico dietética

Control médico periódico. ^{28/}

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1 Datos de identificación

Nombre: E.R.C.; Servicio: Cirugía general

No. de cama: 560;

Fecha de ingreso: 1-IX-84; Edad: 35 años; Sexo: femenino

Ocupación: hogar; Escolaridad: primaria completa

Estado civil: casada; Religión: Católica

Nacionalidad: mexicana;

Lugar de procedencia: México, D.F.

2.2 Nivel y condiciones de vida

Ambiente físico:

Habitación:

Características físicas: iluminación y ventilación en buenas condiciones.

Tipo de construcción: está construida de material de concreto.

Número de habitaciones: la casa consta de dos recámaras, la sala, la cocina y el baño.

Animales domésticos: hay en la casa un perro y un gato.

Servicios sanitarios:

Agua: intradomiciliaria

Control de basura: el camión recolector de basura pasa a recogerla cada quince días.

Eliminación de desechos: cuenta con baño y drenaje.

Iluminación: eléctrica, algunas calles no tienen luz.

Pavimentación: todas las calles están pavimentadas.

Vías de comunicación: existen teléfonos públicos, correo y telégrafos.

Medios de transporte: existe más transporte colectivo (peseros) que camiones.

Recursos para la salud: un centro de salud, consultorios particulares y dispensarios médicos.

Hábitos higiénicos:

Aseo: baño cada tercer día con cambio de ropa total.

De manos: cada que es necesario y siempre después de ir al baño.

Bucal: cepillado de dientes tres veces al día.

Alimentación:

Desayuno: 9:30 horas, café negro, té, a veces leche, huevos, guisado de la comida del día anterior.

Comida: 14:00 a 15:00 horas, verduras diario, sopa, carne tres veces por semana, fruta de vez en cuando.

Cena: 19:00 a 20:00 horas, café (por lo regular negro), pan, huevos, frijoles, lo que quedó de la comida. Cabe mencionar que la paciente refiere preparar sus alimentos con bastante picante y grasas y solamente ella siente la necesidad de comer, ya sea, bastante o a cada momento.

Alimentos que originen:

Preferencia: toda la comida

Desagrado: sardina

Intolerancia: bacalao y charales

Eliminación:

Vesical: dos veces en el día y a veces dos por la noche sin horario fijo, aparentemente normal.

Intestinal: dos veces al día sin horario fijo, aparentemente normal.

Descanso: después de terminar sus actividades domésticas se sienta a ver la televisión.

Sueño: aparentemente tranquilo antes del padecimiento.

Diversión y/o deportes:

Tejer y ver televisión.

Estudio y/o trabajo:

Solamente se dedica a su hogar.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposo	39 años	Sastre	\$ 30,000.00 mensuales
Hija	16 años	Estudiante	-----
Hijo	15 años	Estudiante	-----
Hijo	12 años	Estudiante	-----
Hijo	9 años	Estudiante	-----
Hija	7 años	Estudiante	-----

Dinámica familiar: refiere tener buenas relaciones familiares.

Dinámica social: es una mujer adulta, la dinámica social es aceptable. Buenas relaciones con sus amistades, no tiene problemas, se saludan, convive con ellas.

Comportamiento: la paciente se define de carácter alegre, le gusta asistir a reuniones sociales. Actualmente se ve preocupada, nerviosa por su padecimiento actual.

Rutina cotidiana: se levanta temprano, prepara el desayuno, lleva los niños a la escuela, hace el quehacer cotidiano, lava, plancha, prepara la comida, va por los niños a la escuela, después de esto se sienta a ver un rato la televisión y después prepara la cena.

2.3 Problema actual o padecimiento:

Problema o padecimiento por el que se presenta:

Refiere un dolor en epigastrio de tipo cólico durándole todo el día, náuseas, vómito (de contenido alimenticio), palidez generalizada, diaforesis y fiebre (38.5°C).

Antecedentes personales patológicos:

Padeció frecuentemente infección de vías respiratorias altas (amigdalitis) hasta la fecha, también las enfermedades propias de la infancia.

Antecedentes familiares patológicos:

Madre muerta de probable cáncer, padre aparentemente sano, resto de familiares sin antecedentes de importancia.

Comprensión o comentario acerca del problema o padecimiento:

La paciente está preocupada por su padecimiento, ya que no sabe cuánto tiempo tardará en recuperarse.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico:

Tratamiento y rehabilitación: el señor está abatido por el problema de su esposa, pero se ha mostrado cooperador durante el tratamiento con el deseo de su pronto restablecimiento.

Exploración física:

Cabeza: normocéfala, cabello normalmente implantado, corto, sin problemas de pediculosis. Oídos de altura sométrica y sin datos de patología.

Cara: redonda, ojos simétricos de color café, conjuntivas regularmente hidratadas. cejas simétricas, nariz central sin datos patológicos.

Boca: grande, mucosa oral regularmente hidratada, dentadura con pleta, algunas caries en los molares.

Cuello: de forma normal sin datos patológicos.

Tórax: de forma normal, campos pulmonares limpios, frecuencia cardíaca normal; 78 latidos por minuto.

Glándulas mamarias simétricas, sin datos de patología.

Abdomen: doloroso a la palpación, pero especialmente el epigastrio.

Genitales externos: normales, sin datos patológicos.

Extremidades: miembros superiores normales al igual que manos y uñas. Miembros inferiores normales, sin presencia de micosis en las uñas.

Medición: Peso: 54 Kilogramos; Talla: 1.58 metros.

Resultados de laboratorio:

Fecha: 1-IX-84;

Química sanguínea	Cifras normales	Cifras del paciente
Glucosa	60 - 100 mg.	508 mg.
Urea	16 - 35 mg.	201 mg.
Creatinina	0.75 - 1.2 mg.	1.0 mg.

Observaciones:

El análisis cuantitativo de distintas sustancias químicas que se puede hallar en la sangre en circunstancias normales y anormales, le dan al médico valiosísimos indicios para el diagnóstico e información que contribuyen a la realización de un tratamiento adecuado.

Los carbohidratos, tales como la glucosa, son necesarios en el organismo para la producción de energía y calor. Se absorben en el intestino, pasando al torrente circulatorio y el exceso se almacena en el hígado en forma de glicógeno o se convierte en grasa visceral.

Hallaremos cifras altas de glucosa en la pancreatitis, enfermedades infecciosas, en estados de tensión emocional muy acentuadas, en algunas otras enfermedades.

La urea es un componente de la sangre que deriva del metabolismo de las proteínas en el hígado. La determinación de este componente en la sangre resulta útil por constituir un indicio de la capacidad renal para excretar los productos de desecho a partir de la sangre; suele aumentar en las nefropatías severas, temperaturas elevadas, quemaduras, insuficiencia cardíaca y en algunos otros padecimientos.

La creatinina se excreta diariamente en forma constante, proviene de la creatina almacenada en los músculos, sirve como fuente de energía para el mecanismo de contracción.

Tipo	Cifras normales	Cifras del paciente
Biometría hemática		
Hemoglobina	13 - 18 gr.	67 gr.
Hematócrito	45 - 52 ml.	108 ml.
Leucocitos	5 000 - 10 000/mm ³	18 000 /mm ³

Observaciones:

La hemoglobina es producida en los glóbulos rojos en desarrollo (normoblastos). Está compuesta por el hem (un pigmento con capacidad de transporte de O₂) y la globina (una proteína responsable del transporte de anhídrido carbónico). El hematócrito representa el volumen porcentual ocupado por los glóbulos rojos acumulados después de centrifugar la sangre.

Como en la mayoría de los casos de anemia, el hematócrito baja por debajo de lo normal, puede utilizarse para el diagnóstico de anemia. Su aumento se produce en condiciones tales como la deshidratación o ante la producción excesiva de glóbulos rojos, en la policitemia severa.

Los leucocitos o glóbulos blancos son corpúsculos redondos con núcleo y tamaño algo mayor que el de los hematíes. Alrededor del 25 al 35% de los leucocitos están constituidos los llamados linfocitos. El resto lo forman los granulocitos, tienen una misión defensiva contra las bacterias y las células destruidas por las reacciones inflamatorias, las cifras altas indican la existencia de una infección generalmente purulenta, las cifras bajas aparecen en ciertas enfermedades infecciosas (tifoidea) o en las de la médula ósea.

Tipo	Cifras normales	Cifras del paciente
Determinación enzimática		
Amilasa sérica	80 a 200 U/100	280 U

Observaciones:

Concentración de enzimas en sangre; algunas de las enzimas secretadas por el páncreas son normalmente absorbidas en la sangre y finalmente excretadas en la orina. Hay una elevación de los niveles de amilasa y lipasa en suero cuando se produce obstrucción de los conductos pancreáticos y necrosis de la célula.

Exámenes de gabinete:

Tipo: Placa simple de abdomen.

Observaciones: asas intestinales moderadamente distendidas.

2.4 Problemas detectados.

Dolor intenso tipo cólico en epigastrio.

Náuseas

Vómito

Fiebre

Depresión

2.5 Diagnóstico de Enfermería

Paciente femenina, adulta, joven con edad aparente a la cronológica, madre de 5 hijos menores de 16 años, con una familia bien organizada e integrada, procedente de un nivel socioeconómico medio, con escolaridad de sexto año de primaria, hábitos higiénicos aceptables, alimentación buena en calidad y cantidad.

Presenta dolor tipo cólico intenso a nivel de epigastrio, palidez generalizada, fiebre de 38°C., diaforesis, vómito de contenido alimenticio y después de contenido gastrointestinal, distensión abdominal y mucosas deshidratadas. Se drena la cavidad gástrica por medio de

una sonda de succión intermitente, se le administran soluciones y electrólitos por vía intravenosa.

Con los datos de laboratorio de: amilasa 504 U., glucosa 508 mg. urea 201 mg., leucocitos 18 000/mm³, la presencia de asa centinela en la placa simple de abdomen además de las manifestaciones clínicas es probable una pancreatitis precipitada por una alimentación excesiva y rica en grasas e hidratos de carbono.

Se encuentra muy quejumbrosa y angustiada pues desconoce el curso de la enfermedad y el pronóstico muestra inquietud por la situación de su familia.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: E.R.G.

Servicio: Cirugía general

No. de cama: 560

Fecha de ingreso: 1-IX-84

Edad: 35 años

Sexo: femenino

Ocupación: hogar

Escolaridad: primaria completa

Estado civil: casada

Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana

Lugar de procedencia: México, D.F.

Diagnóstico médico:

Pancreatitis aguda.

Objetivos:

Identificar y jerarquizar los problemas que manifiesta la paciente para brindar una atención de enfermería adecuada a cada uno de éstos y promover su pronta recuperación.

Dar la atención necesaria al paciente para aliviar los signos y síntomas de su padecimiento.

Orientarlo acerca de todo procedimiento que se realice para lograr la mejor disposición de su parte y como consecuencia su mejoría.

Prevenir complicaciones que pudieran causarle la muerte.

Disminuir y/o eliminar los problemas que manifiesta la paciente, tales como: fiebre, vómito, náuseas, angustia y depresión, a través de acciones de enfermería específicas.

Dar orientación a su egreso para evitar reincidencia del problema, acerca de control médico y sobre los hábitos alimenticios que favorezcan su convalecencia total.

3.1 Desarrollo del plan

Problema: Dolor

Manifestaciones clínicas del problema:

Piel pálida y fría

Hipotensión

Respiraciones irregulares

Facies tensa

Sudoración profusa (diaforesis)

Cambios de la expresión facial.

Llanto.

Razón científica de las manifestaciones:

De todos los signos y síntomas de enfermedad, posiblemente el más común y el más importante es el dolor. El dolor es una sensación causada por la actividad de estímulos de naturaleza nociva.

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, se encuentran distribuidas de manera difusa en los tejidos más profundos.

Los receptores para el dolor son terminaciones nerviosas libres, se encuentran distribuidas de manera difusa en los tejidos más profundos.

Las fibras rápidas para el dolor (fibras pequeñas tipo A) transmiten las sensaciones de dolor de tipo punzante, hasta la médula espinal de ahí suben a través de los conductos espinotalámicos hasta el tálamo.

Las fibras lentas del dolor (fibras tipo C) transmiten sensaciones dolorosas de tipo urente y pungitivo hasta la médula espinal.

Estas señales tienden a diseminarse a través de las áreas reticulares del bulbo raquídeo, del puente y del mesencéfalo antes de penetrar al tálamo.

A nivel del tálamo, el dolor se percibe de manera consciente, indiscriminadamente. La corteza cerebral es la que localiza el dolor, distingue su calidad, le da significado.

Las células lesionadas liberan enzimas proteolíticas que desdoblan la bradiquinina y otras sustancias químicas como la histamina y el ácido láctico son los encargados de estimular a los receptores para el dolor.^{29/}

En general se acepta que el dolor se inicia con el estímulo de las terminaciones de los nervios sensoriales localizadas en la superficie del cuerpo o en estructuras más profundas.

Algunas veces, el dolor es percibido en una región del cuerpo, aunque el estímulo ha sido originado en otra; el dolor que se inicia en una víscera profunda, se puede percibir en una zona superficial y algunas veces parece que el dolor se transfiere de una zona superficial a otra ésta se llama dolor transferido. En el dolor transferido, las fibras que llevan los impulsos, partiendo de las vísceras, se cree que forma sinapsis con otras neuronas del cordón espinal.

^{29/} Nordmark; op.cit., pp. 418-420.

Si el estímulo doloroso que viene de las vísceras es suficientemente intenso, la sensación tiende a extenderse a otras zonas que normalmente sólo reciben estímulos de la piel, así, el individuo tiene la sensación de que el dolor viene de la piel, más que, o además, de las vísceras.^{30/}

Los dolores pueden ser clasificados como superficial, profundo o visceral.^{31/}

El dolor tipo visceral puede producirse por bloqueo del flujo sanguíneo, el dolor no se siente directamente sobre el área de proyección, se puede sentir a nivel de cintura o en el abdomen.^{32/}

Este tipo de dolor es más difícil de localizar porque hay menos nervios sensoriales en las vísceras que en la piel o en las membranas mucosas; la naturaleza del dolor experimentado es algunas veces altamente específico del órgano particular de que se trata y del proceso patológico que se efectúa.

Las personas que tienen dolor experimentan grados variables de angustia, desde una ligera sensación de incomodidad hasta una sensación aguda de agonía que enmascara todas las otras sensaciones.

^{30/} Kozier; op.cit., pp. 363-364.

^{31/} Ibidem., p. 366

^{32/} Nordmark; op.cit., p. 419

La reacción de cada persona al dolor es individual en alto grado, la forma en que un individuo reacciona al dolor en cualquier momento parece estar influido por diversos factores: físicos, emocionales y culturales; en la reacción al dolor hay manifestaciones fisiológicas y de comportamiento, las fisiológicas son las de reacción de alarma del organismo por miedo al peligro de cualquier estímulo nocivo; los signos y síntomas pueden ser palidez, presión sanguínea baja y disminución de la función gastrointestinal. ^{33/}

La persona que tiene dolor usualmente no quiere comer y no son poco comunes la náusea y el vómito; con frecuencia se observa inquietud e irritabilidad, el paciente no puede descansar, ni dormir. ^{34/}

La secreción de sudor es principalmente un mecanismo de termorregulación, pero puede ocurrir como resultado de la tensión emocional, estado de angustia y dolor. ^{35/}

Los individuos pueden responder hacia el dolor mediante expresiones vocales como gritos, sollozos, llanto, cambios de la expresión facial (gestos, ceño, tensión general). ^{36/}

^{33/} Kozier, op.cit., pp. 363-366.

^{34/} Ibidem., p. 336

^{35/} Nordmark; op.cit., p. 199

^{36/} Ibidem., p. 421

Acciones de Enfermería:

Administración de analgésicos, Buscapina , 1 ampula I.M.
por razón necesaria.

Se ayudará a evitar trastornos emocionales.

Reducir estímulos ambientales perturbadores como: luces brillantes, ruidos.

Mantener al paciente cómodo y seco.

Evaluar el dolor a través de la observación

Proporcionar al paciente una ingesta de líquidos abundantes.

Razón científica de las acciones:

La Buscapina pertenece al grupo de anticolinérgicos y antiespasmódicos, los cuales disminuyen la movilidad y las secreciones del aparato digestivo y de otras estructuras inervadas por fibras colinérgicas posganglionares, en la fase aguda de pancreatitis su aplicación es indispensable por vía intramuscular o intravenosa al mismo tiempo que se hace succión gástrica para evitar el estímulo del contenido gástrico sobre la secreción pancreática. Cada ampula contiene 20 mg., de bromuro de butilhiocina, en adultos se ministra 1 ampula cada 6 a 8 horas. Sus efectos secundarios son: dificultad para la micción, glaucoma, estenosis pilórica, hipertrofia prostática y acalasia.

Este tipo de fármaco es el adecuado en la pancreatitis porque no produce espasmo del esfínter de odi como sucede con los opiáceos.^{37/}

El experimentar una emoción o humor agradable generalmente tiene efectos positivos, promueve el equilibrio, un estado de felicidad o de alegría tiende a acompañarse por una sensación de bienestar, motivación hacia la acción constructiva. Las situaciones ambientales o los cambios influyen sobre las emociones. La emoción puede ser controlada, la atención lejos de los eventos que producen reacciones emocionales.^{38/}

La maceración de la piel es producida por una humedad continua. La piel se reblandece y se arruga y disminuye la resistencia a las lesiones y las infecciones.^{39/}

La enfermera debe incrementar sus conocimientos y su comprensión sobre el proceso de la comunicación y sobre las relaciones que hay entre el proceso de comunicación y todas las funciones psicológicas.^{40/}

Debe mantenerse concentraciones adecuadas de líquidos corporales intra como extracelularmente para que el funcionamiento de las cé-

37/ ISSSTE, Cuadro básico de medicamentos; p. 177

38/ Nordmark; op.cit., p. 297

39/ Ibidem; p. 380

40/ Ibidem., p. 591

lulas sea eficaz. ^{41/}

Responsable de la acción:

Enfermera

Evaluación:

Se observó que el dolor fue disminuyendo, posteriormente a la aplicación del analgésico (Buscapina).

Se trató de mantener un ambiente tranquilo evitando así el nerviosismo de la paciente.

La paciente manifestó una tranquilidad emocional posterior a la aplicación de los analgésicos y se satisficieron así sus necesidades físicas que fueron de comodidad y bienestar.

Se mantuvo a la paciente cómoda, seca y limpia. De esta manera se logra disminuir la tensión del paciente.

Por medio de la comunicación y el apoyo emocional se logró una tranquilidad en el paciente para poder tolerar el dolor.

Problema: Náuseas

41/ Ibidem., p. 216

Manifestaciones clínicas del problema:

Malestar gástrico

Hipersalivación

Repulsión hacia la comida

Razón científica de las manifestaciones:

Las náuseas pueden ser producidas por cualquier trastorno que aumenta la tensión de las paredes del estómago, el duodeno o la extremidad inferior del esófago.

Pueden seguir a la exposición de olores desagradables, distensión del estómago o de la parte inferior del esófago o a la alteración funcional del movimiento normal propulsivo del contenido duodenal.

La náusea es una sensación física en la que hay malestar gástrico, repulsión hacia la comida y de sensación de vómito inminente.

Puede haber hipersalivación.^{42/}

Acciones de Enfermería:

Proporcionar a la paciente un ambiente placentero.

Evitar el desagradable aspecto de las cosas, los ruidos y los olores no gratos.

^{42/} Ibidem., p. 153

Evitar malestares físicos como sea posible.

Razón científica de las acciones:

Los estados emocionales pueden controlarse con un ambiente agradable lleno de tranquilidad, evitar emociones fuertes y cambiar nuestra percepción de un objeto que pueda causar malestar físico. ^{43/}

Responsable de la acción:

Enfermera

Evaluación:

Se observó un ligero alivio del reflejo nauseoso, asimismo, disminuyó la sensación del vómito y se ayudó a mantener el equilibrio hidroelectrolítico normal.

Problema: Vómito.

Manifestaciones clínicas del problema:

Arqueo

Eyección del contenido gástrico

43/ Ibidem., p. 597

Razón científica de las manifestaciones:

Es la expulsión brusca del contenido gástrico a través del esófago y la boca, por la estimulación del centro del vómito que se localiza en el bulbo raquídeo a causa de impulsos aferentes provenientes del estómago, sensaciones intensas desagradables, reacciones emocionales fuertes, presión sobre el propio centro del vómito o la ingestión de algunos medicamentos o alimentos.^{44/}

Por otra parte, la presencia del ileo paralítico produce estasis del líquido retenido en el tracto gastrointestinal que al acumularse y no tener salida va a determinar el vómito, así como también la irritación peritoneal por el exudado pancreático hace que se desencadene el vómito.^{45/}

Acciones de Enfermería:

Observar características del vómito

Evitar ruidos y sabores desagradables

Administración de antieméticos, bonadoxina 1 ampula I.M. cada 12 horas.

Reponer déficit de agua y electrolitos: solución de Hartmann

1 000 cc para 24 horas.

44/ Ibidem., p. 153

45/ Frederick; Patología médica, p. 201.

Instalar sonda nasogástrica para succión gastro intestinal intermitente.

Razón científica de las acciones:

La observación del contenido gástrico es necesario para distinguir las características del vómito como son: frecuencia, olor, cantidad, color y consistencia; gracias a ello se puede ayudar a un buen diagnóstico y tratamiento que es de vital importancia.^{46/}

Los antieméticos actúan sobre el centro del vómito disminuyendo su actividad.

Los líquidos administrados por vía endovenosa a través de elementos químicos que permiten el paso directo al líquido extracelular haciendo que los mecanismos homeostáticos corporales eviten la presencia de hipotensión, deshidratación o en casos graves choque hipovolémico.^{47/}

La solución de Hartmann de 1 000 cc contiene 130 mEq de sodio, 4.0 mEq de potasio, 3.0 mEq de calcio, 109.0 mEq de cloro y 28.0 mEq de lactato; se administra según las necesidades del paciente, edad, peso corporal, condiciones renales y cardiovascula-

^{46/} Nordmark; op.cit., p. 154

^{47/} Frederick; op.cit., p. 208

res; está indicada en deshidratación isotónica y acidosis moderada, su exceso produce edema pulmonar en pacientes cardiovasculares y renales.^{48/}

Responsable de la acción:

Enfermera

Evaluación:

Se observó un ligero alivio del reflejo nauseoso, asimismo, disminuyó la sensación del vómito y se ayudó a mantener el equilibrio hidroelectrolítico normal.

Problema: Fiebre

Manifestaciones clínicas del problema:

Fiebre de 39°C

Escalofríos

Inquietud

Taquicardia

Piel y mucosas calientes y secas

Sudoración profuda (diaforesis)

^{48/} ISSSTE; op.cit., p. 532

Razón científica de las manifestaciones:

La célula empieza a sacar agua quedándose con sequedad interna por incremento y acumulación de sustancias tóxicas y electrolíticas retardándose las reacciones bio-físico-químicas para las células y tejidos. Si la temperatura se eleva a 40°C se empieza a producir lesiones parenquimatosas de las células de toda la economía. Las células nerviosas sufren alteraciones irreversibles al elevarse la temperatura por encima de lo normal.^{49/}

El principal centro motor de escalofríos (localizado en el hipotálamo posterior) envía impulsos hasta los músculos estriados y aumenta su tono. Cuando el tono aumenta hasta cierto nivel, los músculos se contraen involuntariamente. Los escalofríos y temblores aumentan la producción de calor.^{50/}

El nerviosismo es un estado de inquietud mental y generalmente física también, que se acompaña de una sensación de ansiedad y de recelo. Puede haber irritabilidad excesiva.^{51/}

La taquicardia auricular consiste en un latido cardíaco rápido y regular de comienzo y terminación súbita. La frecuencia es muy elevada (más de 150 latidos por minuto en el adulto), y el llenado

49/ Nordmark; op.cit., pp. 291-292.

50/ Ibidem., p. 294

51/ Ibidem., p. 306

ventricular antes de cada contracción está limitado.^{52/}

La fiebre es un síndrome orgánico originado por un proceso patológico cuyo elemento fundamental es la temperatura ante agresores, especialmente la infección.

Se libera adrenalina y noradrenalina a la circulación, ésta acelera el metabolismo celular incrementando los productos de desecho CO₂ y H₂O (bióxido de carbono y agua).

Se pueden perder grandes cantidades de agua a través de una sudación excesiva, la cual puede ocurrir como resultado del intento del organismo por perder calor, por ejemplo, cuando hay fiebre o cuando la temperatura ambiental es muy alta.^{53/}

Acciones de Enfermería:

Vigilar e incrementar los líquidos ministrados por vía parenteral de acuerdo a los balances.

Control de temperatura por medios físicos y químicos.

Observación continua

Reposo en cama

^{52/} Ibidem., p. 51

^{53/} Ibidem., p. 203

Administración de antipiréticos; Acidoacetilsalicílico, (Aspirina) 1 tableta cada 6 horas.

Vigilancia continua de los signos vitales

Proporcionar un ambiente tranquilo y placentero evitando situaciones que puedan provocar alguna alteración emocional.

Control de temperatura corporal, medirla cada 10 minutos.

Aplicación de compresas frías con cambio de cada 3 minutos.

Administración de líquidos.

Razón científica de las acciones:

Durante la fiebre se pierden volúmenes de líquidos por las diferentes vías: respiración y piel, y se incrementan los desechos metabólicos originando pérdidas significativas y ruptura de la homeóstasis en los compartimientos.

Los líquidos parenterales fluyen e intercambian sustancias mejorando la eliminación de solutos.

La vigilancia y atención constante proporciona mejores datos sobre la evolución del estado de salud, así como la comunicación, ante cualquier variación en los signos y síntomas.

El descanso disminuye el proceso metabólico y la actividad muscular y el calor producido en el organismo descendente. ^{54/}

Los antipiréticos actúan sobre los centros termorreguladores haciendo aumentar la pérdida de calor por inducir vasodilatación cutánea. ^{55/}

El ácido acetilsalicílico es un analgésico antipirético, tiene la ventaja de su fácil administración por vía oral, los analgésicos antitérmicos están indicados principalmente cuando hay cefalalgia, dolores musculoesqueléticos. El ácido acetilsalicílico produce irritación y sangrado de tubo digestivo como efectos secundarios.

Su presentación es en tabletas de 500 mg., se administra en adulto 1 gramo cada 4 ó 6 horas. ^{56/}

La observación de los signos vitales es muy importante porque se da una cuenta del estado en que se encuentra un paciente y además es una gran ayuda para hacer un buen diagnóstico.

Los signos vitales normales en el adulto mujer son: respiración de 18 a 20 por minuto, pulso de 70 a 80 latidos por minuto, temperatura de 36°C a 37°C y tensión arterial de 120/80. Si se detecta alguna alteración en las cifras normales es porque hay manifes-

^{54/} Ibidem., p. 305

^{55/} Frederick; op.cit., p. 206

^{56/} ISSSTE; op.cit., pp. 26-496

taciones de signos y síntomas predisponentes a una enfermedad. ^{57/}

La gente necesita también ayuda para mantener su equilibrio emocional y psicológico afectado por la tensión de la enfermedad. Este apoyo psicológico ayuda al paciente a mantener un equilibrio emocional que lo conducirá a la recuperación y ésto se considera, en gran parte, responsabilidad de la enfermera que por esta acción se convierte en la persona que cuida al paciente y mantiene un ambiente tranquilo que ayuda a su restablecimiento; cuida de la comodidad física y ayuda a disminuir los temores y ansiedades que acompañan a la enfermedad. ^{58/}

El organismo vivo mantiene en forma constante la temperatura gracias al balance entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido (termólisis). La temperatura normal del cuerpo es de 36°C a 37°C. ^{59/}

El frío tiene poder de penetración, viaja por los receptores térmicos de la piel impulsado por los nervios hasta el centro termorregulador localizado en el hipotálamo anterior.

El frío disminuye el metabolismo celular e inhibe la formación y absorción de toxinas de origen bacteriano.

^{57/} Kozier; op.cit., p. 69

^{58/} Ibidem., p. 87

^{59/} Nordmark; op.cit., p. 229

La ministración de líquidos parenterales mantienen al organismo con un equilibrio hidroelectrolítico normal. 60/

Responsable de la acción:

Enfermera

Evaluación:

La toma de temperatura para el control de ésta:

El registro en la hoja de enfermería y la administración de medicamentos antipiréticos se logró un descenso en la temperatura sin manifestar algún problema de alteración nerviosa.

Con el control estricto de signos vitales y el apoyo emocional que se le brindó a la paciente, se observó que no hubo ningún cambio normal de la conducta de la paciente.

Se disminuyó la temperatura hasta la normalidad sin reportar algún problema.

Problema: Depresión

Manifestaciones clínicas del problema:

La paciente se observa un poco retraída, triste, angustiada acompañada de llanto por problemas actuales.

Razón científica del problema:

Generalmente una enfermedad aguda prolongada o amenazante, de cualquier especie que sea, despierta en el paciente sentimientos de pérdida y produce conflictos que conducen a la depresión.^{61/}

En este caso, los conflictos emocionales tales como la depresión, la angustia y los sentimientos de tristeza, se hacen más persistentes, pues los efectos nocivos en la salud mental de la mujer se producen por el mismo estado en que se encuentra la persona.^{62/}

El llanto es una forma afectiva del comportamiento para aliviar la tensión o expresar una emoción.^{63/}

Acciones de Enfermería:

Centrar a la paciente en su situación para que analice su estado emocional; simplemente escucharla y orientarla sobre su estado actual.

Estimular a la paciente a que realice actividades como lectura y atención a las charlas que se dan en su área de estancia. Además, se le recuerda la responsabilidad que tiene para con sus hijos.

61/ Hofling K., Charles; Enfermería psiquiátrica; p. 282.

62/ Roberts, T.; Manual de enfermería psiquiátrica; p. 56

63/ Nordmark; op.cit., p. 595

Proporcionar un ambiente tranquilo, de confianza y de comprensión acerca de los procesos emocionales y de sus relaciones con la salud y bienestar para disminuir la angustia y otras emociones indeseables antes de que el paciente lleve a cabo una sensación desagradable.

Razón científica de las acciones:

Se debe tener en consideración la importancia que tiene el respetar la individualidad de la paciente, respetar sus ideas y decisiones; además de que, al escucharla, le damos la oportunidad de charlar con alguien que le demostró simpatía y comprensión y de desahogarse al hablar de sus problemas.^{64/}

El programa de rehabilitación para un paciente deprimido incluye actividades como oficios manuales, paseos, lecturas, juegos, actividades como oficios manuales, paseos, lecturas, juegos, actividades sociales y recreativas y el estímulo para las aptitudes e intereses especiales. Todo esto con el fin de que el enfermo no esté ocioso para evitar que se preocupe demasiado con sus problemas y que se deprima aún más al no poder cumplir con lo que él esperaba.^{65/}

^{64/} Roberts T; op.cit., p. 48

^{65/} Kolb C., Lawrence; Psiquiatría clínica moderna, p. 907.

La expresión de un sentimiento o de una emoción puede lograrse a través de una gran variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación; además de las expresiones comunes y las manifestaciones fisiológicas y psicológicas de la emoción o angustia.^{66/}

Responsable de la acción:

Enfermera

Evaluación:

La paciente refiere sentirse más tranquila, disminuyó su angustia y tristeza; lo que favoreció la adaptación de ésta a la situación existente; pues ha pasado una experiencia muy poco agradable.

Toma en cuenta además, la responsabilidad que tiene para con sus hijos, ya que se encuentran casi solos pues el padre trabaja todo el día.

66/ Ibidem., p. 597

CONCLUSIONES

El páncreas es una glándula de secreción interna y externa indispensable para el funcionamiento normal del organismo, ya que juega un papel muy importante en la digestión de los elementos nutritivos y en el metabolismo de los carbohidratos.

El alcohol y el café estimulan la secreción pancreática.

Los alimentos muy condimentados y las comidas estimulan la función gástrica.

La pancreatitis es la inflamación de la glándula pancreática, es causada por la autodigestión del páncreas por las enzimas que el mismo produce, sobre todo la tripsina.

Las causas más frecuentes de pancreatitis son: vesiculopatía, enfermedad bacteriana, ingestión excesiva de alcohol y trastornos metabólicos.

La pancreatitis no es específica en un grupo de edad y sexo.

Las complicaciones más frecuentes e importantes son el shock, hipocalcemia y hemorragia gastrointestinal aguda.

La recurrencia de los signos y síntomas se deben generalmente al retiro temprano de la sonda nasogástrica y el inicio precipitado de una dieta normal.

La pancreatitis suele confundirse con otros cuadros clínicos como perforación gástrica o intestinal, obstrucción intestinal, colecistitis y coledocolitiasis, ya que los síntomas que presenta no son específicos de ella.

La cirugía sólo está indicada en casos de infección del sistema biliar con colangitis, por dudas diagnósticas o indicios de abdomen agudo y cuando el estado general del paciente no evoluciona a la mejoría a pesar del tratamiento médico.

SUGERENCIAS

En todos los hospitales como clínicas, debería establecerse un programa continuo de adiestramiento a familiares por parte del personal que en ellos laboran, por lo menos de los problemas más frecuentes que se presenten y así tener informada a la población de cómo prevenir las enfermedades.

Cuando una persona es dada de alta de un medio hospitalario orientarle acerca de las condiciones en las que egresa y lo que debe hacer para evitar recaídas.

En el caso específico de la pancreatitis aguda sería bueno señalarle que acuda puntualmente a sus citas con el médico, aconse-

jarle que se abstenga de tomar bebidas alcohólicas, de consumir excesivamente café y que evite ingerir comidas abundantes o tomarlas cuando se encuentre nervioso o tenso.

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACION Nacional de
Escuelas de Enfermería, A.C.

Proceso de Atención de Enfermería, México, 1982.

BRUNNER Sholtis, Lillian, et.al.

Manual de enfermería; Vol. 2, Ed. Interamericana, México, 1981, 484 pp.

CLIFFORD Kimber, Diana et.al.

Manual de anatomía y fisiología; Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1974, 778 pp.

Farreras, Valenti, et.al.

Medicina interna, Tomo 1, Ed. Marín, México, 1975, 1100 pp.

GANONG F., William

Manual de fisiología médica; 4a. Ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1976, 660 pp.

GARCIA G., San Martín

Antibióticos; Ed. Marín, México, 1980, 112 pp.

HOFLLIG K., Charles

Enfermería psiquiátrica; Ed. Interamericana, México, 1965, 454 pp.

ISSSTE

Cuadro básico de medicamentos, 624 pp.

KOLB C., Lawrence

Psiquiatría médica moderna; Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1977, 1200 pp.

MARRINER, Ann

El proceso de atención de enfermería; un enfoque científico; 2a. ed., Traducción de Alfredo Téllez Vallejo, Ed. El Manual Moderno, México, 1983, 325 pp.

NORDMARK, Madelyn, et.al.

Bases científicas de enfermería; Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1979, 712 pp.

PEREZ Carrillo, Agustín et.al.

Modelo político legislativo; Ed. Trillas, México, 1982, 57 pp.

ROBERTS, T.

Manual de enfermería psiquiátrica; Centro Regional de Ayuda Técnica, México, 1973, 195 pp.

ROBINS, Stanley L.

Patología estructural y funcional; Ed. Nueva Interamericana, México, 1976, 1516 pp.

SMITH Dorothy et.al.

Enfermería médico quirúrgica; Ed. Nueva Interamericana, México, 1980, 1182 pp.

SPIRO, Howard M.

Gastroenterología médica; Ed. Interamericana, México, 1980, 1182 pp.

YURA, M.B. Walsh

El proceso de enfermería; Traducción de C. Montuenga, 2a. ed. Ed. Alhambra, España, 1982, 222 pp.

HISTORIA NATURAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Agente:

Se conocen más factores predisponentes o desencadenantes que propiamente causales.

Predisponentes: obesidad, comiliones ricas en grasas y abundantemente escanciadas.

Desencadenantes: alcoholismo, hiperparatiroidismo, hiperlipidemia, los tratamientos con: glucocorticoides, en los niños y traumatismos abdominales, ya sean accidentales o quirúrgicos.

Huésped:

Se presenta por igual en ambos sexos a edades comprendidas sobre todo entre 35 y 50 años y muestra su comienzo súbito con curso clínico grave. En los casos ejemplares puede presentarse durante la digestión sobre todo en sujetos de edad mediana, con antecedentes biliares y tras una comilión abundante en libaciones.

Ambientales:

Nivel socioeconómico y cultural sin importancia para este padecimiento, así como las características ambientales.

SIGNOS ESPECÍFICOS

Dolor abdominal
Vómitos
Fiebre de

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECÍFICOS:

Fiebre de 38°C
Náuseas,
Vómito
Dolor tipo cólico
Leucocitosis
Transaminasas
Fosfatasa alcalina
Mal estado en general.

CAMBIOS TISULARES

Edema de páncreas
Infarto hemorrágico
Necrosis aguda

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOLOGICO	
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO
Orientación higiénica para evitar microorganismos productores de enfermedad.	Diagnóstico y tratamiento adecuados de padecimientos predisponentes.	Detección temprana de los casos.	Aliviar el dolor
Orientación sanitaria para conocer las enfermedades del páncreas.	Obesidad.	Tratamiento médico sintomático.	Restitución de líquidos y electrolitos.
Hábitos alimenticios adecuados.	Orientación sobre el alcoholismo.	Diets en pocas grasas.	Insulino terapia.
Vigilancia médica periódica.		No subir de peso exageradamente.	En ocasiones antibióticos.
Mejoramiento de nivel socioeconómico, y cultural.		Valoración de enzimas, la elevación de valores de la amilasa o lipasa sérica, constituye la base del diagnóstico.	Inhibición de agentes vasoactivos.
		Estudios de laboratorio: sangre, químicos sanguíneos, estudios específicos, radiografía, placa simple de abdomen.	Inyección de albúmina.

HISTORIA NATURAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

MUERTE

La pancreatitis aguda es una afección grave y como se ha señalado, el 20% de los pacientes fallecen. El resto evoluciona hacia la curación, a veces con secuelas en forma de insuficiencia pancreática exocrina o endocrina (diabetes) en el curso de 3 a 4 semanas.

COMPLICACIONES

Shock
Secuestro pancreático
Pseudoquistes

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIFICOS:

Dolor abdominal
Vómitos
Fiebre de 38 a 39°C

SIGNOS Y SINTOMAS INESPECIFICOS:

Fiebre de 38°C
Náuseas,
Vómito
Dolor tipo cólico
Leucocitosis
Transaminasas
Fosfatasa alcalina
Mal estado en general.

CAMBIOS TISULARES

Edema de páncreas
Infarto hemorrágico
Necrosis aguda

PERIODO PATOGENICO

ESPECIFICA	PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCARIA	
	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO		REHABILITACION
tratamiento adecuado factores predisponen- tes al alcoholismo.	Detección temprana de los casos. Tratamiento médico sintomático. Dieta en pocas grasas. No subir de peso exageradamente. Valoración de enzimas, la elevación de valores de la amilasa o lipasa sérica, constituye la base del diagnóstico. Estudios de laboratorio: sangre, química sanguínea, estudios específicos, radiografía, placa simple de abdomen.	Aliviar el dolor Restitución de líquidos y electrolitos. Insulinoterapia. En ocasiones antibióticos. Inhibición de agentes vasoactivos. Inyección de albúmina.		Dieta blanda poca en grasas. Evitar la ingestión de bebidas alcohólicas. Durante la convalecencia se realizarán controles repetidos de hematocrito, leucocitos, amilasa en sangre, amilauria, calcemia, ionograma y glicemia. Educación higiénico dietética. Control médico periódico.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL PROBLEMA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERÍA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA
Depresión	La paciente se observa un poco retraída, triste, angustiada, acompañada de llanto por problemas actuales.	<p>Generalmente una enfermedad aguda prolongada o amenazante, de cualquier especie que sea, despierta en el paciente sentimientos de pérdida y produce conflictos que conducen a la depresión.</p> <p>En este caso, los conflictos emocionales tales como la depresión, la angustia y los sentimientos de tristeza, se hacen más persistentes pues los efectos nocivos en la salud mental de la mujer se producen por el mismo estado en que se encuentra la persona.</p> <p>El llanto es una forma efectiva del comportamiento para aliviar la tensión o expresar una emoción.</p>	<p>Centrar a la paciente en su situación para que analice su estado emocional; simplemente escucharla y orientarle sobre su estado actual.</p> <p>Estimular a la paciente a que realice actividades como lectura y atención a las charlas que se dan en su área de estancia. Además, se le recuerda la responsabilidad que tiene para con sus hijos.</p>	<p>Se debe tener en cuenta que el paciente tiene el respeto por la independencia al escucharla, le damos con alguien que le demuestre comprensión y de desahogarse a él.</p> <p>El programa de rehabilitación primario incluye actividades como paseos, lecturas, juegos recreativos y el estímulo de intereses especiales. Todo el enfermo no esté ocupado con sus prima aún más a no poderse esperar.</p> <p>La expresión de un sentimiento puede lograrse a través de las reacciones del comportamiento además de las expresiones fisiológicas y psicológicas y de la expresión de la angustia.</p>

CA DE IONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
<p>enfermedad aguda nazante, de cual- sea, despierta sentimientos de per- conflictos que con- sion.</p>	<p>Centrar a la paciente en su situación para que analice su estado emocional; simplemente escucharla y orientarla so- bre su estado actual.</p>	<p>Se debe tener en consideración la importancia que tiene el respetar la individualidad de la paciente, respetar sus ideas y decisiones; además de que, al escucharla, le damos la oportunidad de charlar con alguien que le demostró simpatía y compren- sión y de desahogarse al hablar de sus problemas.</p>	<p>La paciente refiere sentirse más tranquila, disminuyó su angustia y tristeza; lo que favoreció la adaptación de ésta a la situación existen- te; pues ha pasado una ex- periencia muy poco agrada- ble.</p>
<p>conflictos emo- mo la depresión, sentimientos de n más persistentes motivos en la salud er se producen por en que se encuen-</p>	<p>Estimular a la paciente a que realice actividades como lectu- ra y atención a las charlas que se dan en su área de estancia. Además, se le recuerda la res- ponsabilidad que tiene para con sus hijos.</p>	<p>El programa de rehabilitación para un paciente de- primido incluye actividades como oficios manuales, paseos, lecturas, juegos, actividades sociales y recreativas y el estímulo para las aptitudes e in- tereses especiales. Todo ésto con el fin de que el enfermo no esté ocioso para evitar que se pre- cupa aún más a no poder cumplir con lo que él se esperaba.</p>	<p>Toma en cuenta además, la responsabilidad que tiene pa- ra con sus hijos, ya que se encuentran casi solos pues el padre trabaja todo el día</p>
<p>como efectiva del ra aliviar la ten- na emoción.</p>		<p>La expresión de un sentimiento o de una emoción puede lograrse a través de una gran variedad de reacciones del comportamiento y de adaptación; además de las expresiones comunes y las mani- festaciones fisiológicas y psicológicas de la emo- ción o angustia.</p>	

GLOSARIO DE TERMINOS

- ALIMENTO:** Proviene del verbo alere (alimentar): es toda sustancia capaz de nutrir, proporciona al organismo el material plástico para la formación del protoplasma celular y el material energético que la sustancia viviente de los tejidos y células necesitan.
- AMBIENTE:** Que rodea o cerca. Grupo de factores externos potencialmente capaces de influir en el organismo.
- AMLASA:** Fermento que convierte el almidón en azúcar. Distasa, fermento amilolítico.
- AMPOLLA DE VATER:** Dilatación en el duodeno a la entrada de los conductos colédoco y pancreático.
- ANGUSTIA:** Se define como un estado psíquico de debilidad, pena, preocupación, que provoca en el plano físico una serie de trastornos.

BORBORIGMOS:

Procede de la palabra griega que indica el gorgoteo del agua hirviendo; se denomina así el ruido que se produce en el intestino a consecuencia de los movimientos peristálticos de las paredes intestinales, los cuales ponen en movimiento los líquidos mezclados con gases.

Todo el mundo ha tenido ocasión de tener experiencia del borborismo al padecer una indigestión o después de haber tomado un purgante. El borborismo es un síntoma de la patología inflamatoria intestinal enteritis corriente, diarrea disentérica, tífus, y puede también provocarse por la palpitación que efectúa el médico sobre el abdomen, principalmente a nivel del intestino ciego situado en el cuadrante inferior derecho.

CELULA:

Es la partícula más reducida de un organismo animada por la misteriosa energía vital; representa el sustrato material mínimo en la que se encarga la propia vida.

Está formada por una masa central más compacta constituida en gran parte por proteínas, llamada núcleo; y por una parte periférica formada lipoproteínas, agua y sales minerales, llamada protoplasma. La capacidad que tiene la célula es de vivir por sí misma, lo demuestra el hecho de que absorbe, asimila, desasimila, se mueve, se reproduce, crece, envejece y muere.

COLANGITIS:

(o Angiocolitis). Para llevar la bilis desde el hígado al intestino existen las llamadas vías biliares: conducto cístico, conducto hepático y por la confluencia de ambos el conducto coledoco. Se denomina Angiocolitis la inflamación de las paredes de estos conductos que puede ser de tipo catarral o purulento y de curso crónico o agudo.

Los síntomas de la enfermedad son la fiebre (especialmente en la forma supurativa), el dolor de la región hepática y una coloración amarillenta de la piel (ictericia).

Sus causas pueden ser infectivas (bacterium coli, enterococo, estafilococo, estreptococo, neumococo, bacilo tífico) parasitarias (lamblias, ascáridos y otros vermes intestinales que pasan del intestino a estas vías), tóxicas (envenenamiento por el fósforo, arsénico), calculosas (presencia de un cálculo enclavado en un punto estrecho de estos conductos).

CONVALESCENCIA:

Período de revigorización gradual del organismo abatido por haber sufrido una enfermedad larga o grave. No existen síntomas del estado patológico sufrido, pero no se ha recuperado aún el estado de perfecta salud a causa de la flaqueza más o menos notable de los miembros.

DIETA:

Palabra que deriva del término griego diáita, que significa forma de vivir, sistema de vida; en la actualidad la palabra dieta tiene una significación menos extensa y más precisa, pues indica el modo de nutrirse, el régimen de alimentación.

de un individuo, tanto si está sano como si está enfermo.

ELECTROCARDIOGRAMA: Es el trazado que representa gráficamente las diversas fases de la llamada revolución cardíaca, mediante el registro de la corriente eléctrica que se desarrolla por la actividad cardíaca contráctil.

EMOCION: Es la presentación brusca de un sentimiento placentero o desagradable, alegre o triste, en el campo íntimo de nuestra conciencia, que se manifiesta con una reacción psíquica de orden afectivo ante una sensación externa (visual, auditiva) o por la actualización de un recuerdo en nuestra mente.

EYECCION: (deyección). Descarga o deposición de materia excrementicia, fecal, especialmente; esta misma materia.

GLANDULAS: Son unos órganos especiales que tienen la función específica de elaborar con material tosco (por calificarlo de alguna manera) procedente de la sangre unas sustancias

determinadas, algunas de las cuales son nocivas (tóxicas) y otras útiles para nuestro organismo.

Se subdividen en: glándulas exocrinas o de secreción externa y glándulas endocrinas o de secreción interna.

GLUCOSA:

Es un monosacárido, o sea, un hidrato de carbono simple que recibe también el nombre de azúcar.

HECES ESTEATORREICAS: (esteatorrea o heces grasas). Es el

paso de grasas no digeridas del alimento a las heces, que adquieren un aspecto blanquecino, brillante y untuoso.

Este trastorno de la digestión de las grasas se debe a la escasa producción de jugo pancreático que contiene la enzima lipasa, la cual provoca la escisión hidrolítica de las grasas.

HIPERGLICEMIA:

Es el aumento de la glicemia, o sea, de la tasa normal de azúcar (glucosa) en la sangre humana (tasa que normalmente

oscila alrededor del uno por mil, o sea, que nuestro organismo viene a tener aproximadamente un gramo de glucosa por cada litro de sangre).

HIPERPARATIROIDISMO: Exageración de las funciones de las paratiroides, traducida por la descalcificación de los huesos hipercalcemia e hipotonía muscular.

ILEO PARALITICO: Obstrucción intestinal que tiene por causa la parálisis de la túnica muscular del intestino.

INFARTO DEL MIOCARDIO: muerte (necrosis) de una región del músculo cardíaco, debido al bloqueo de una rama de las arterias coronarias. Tal bloqueo produce un déficit local de oxígeno, y uno de sus efectos es la estimulación de las terminaciones nerviosas y la producción de dolor.

INQUIETUD: Es un estado psíquico de falta de reposo, en el participan: el desasociado, la aprensión y la angustia.

INSULINA:

Es un polvo blanco, cristalino, que contiene nitrógeno, azufre y fósforo, y biológicamente funciona como una hormona. La insulina es segregada por los islotes de Langerhans, situados en el páncreas.

ISLOTES DE LANGERHANS: Constituyen la zona de secreción interna del páncreas; segregan la hormona insulina. Esta zona recibe el calificativo de islote por el siguiente motivo: la sustancia que la compone está esparcida en forma de islotes en la zona de secreción externa del páncreas que segrega los fermentos digestivos.

Langerhans es el nombre del científico que descubrió e individualizó estos islotes.

LIPASA:

Es un fermento o enzima contenido en los jugos gástricos, pancreático y estérico, que favorece la digestión de las grasas (lípidos) de los alimentos, escindiéndolas en glicerina y ácidos grasos; estos últimos sufren después la saponificación y la emulsión por la bilis del hígado y de esta

forma atraviesa la pared intestinal.

La lipasa se encuentra también en el hígado y en la sangre.

MASAJE:

Es una forma especial de tratamiento físico que consiste en un conjunto de movimientos de diverso género e intensidad, practicados sobre una región corporal única (masaje parcial) o sobre el cuerpo entero (masaje general).

OBESIDAD:

(Polisarcia, adiposidad, pinguosidad, gordura). Es un acúmulo de grasa en el tejido subcutáneo y alrededor de ciertas vísceras y órganos internos de nuestro organismo en cantidad superior a la normalidad fisiológica, a consecuencia de una alteración no sólo del metabolismo de las grasas, sino de todo el metabolismo en general.

OPIáceo:

Es cualquier fármaco a base de opio o de sus derivados (morfina, codeína, heroína). Los opiáceos son estupefacientes y, como tales, está prohibido severísimamente

su comercio libre; la venta en las farmacias está estrechamente vigilada y legislada.

PANCREAS:

Es una glándula de secreción mixta (externa o digestiva e interna o insulínica) que se encuentra en la parte más elevada y profunda de la cavidad abdominal, por detrás del estómago. Está dispuesta en sentido transversal y tiene una forma alargada a guisa de maza, con una cabeza (parte ensanchada de la maza), un cuerpo y una cola. Su estructura es arracimada y cada uno de los granos corresponde a un acino glandular secretor.

El nombre de páncreas que recibe esta glándula deriva de la unión de dos palabras griegas pan (todo) y kreas (carne), para indicar que se trata de un órgano constituido solo por tejidos blandos, sin esqueleto duro (cartilaginoso u óseo). Cuando éste se inflama recibe el nombre

de pancreatitis que puede cursar en forma aguda o crónica.

PANCREOCIMINA:

Hormona de la mucosa intestinal que estimula la secreción externa del páncreas.

PARENQUIMA:

Es la estructura de los diversos órganos internos (corazón, cerebro, pulmones, hígado, riñones), el parénquima es el conjunto de células propias del órgano con funciones específicas. Estas células parenquimatosas se apoyan en un tejido conectivo de sostén.

QUIMOTRIPSINA:

Enzima proteolítica del intestino derivada del quimitripsinógeno del páncreas por la acción de la tripsina y que con ésta convierte las proteínas en polipéptidos y aminoácidos.

SECRETINA:

Hormona de las células epiteliales del duodeno por contacto de ácidos: estimula la actividad pancreática.

Término general para las hormonas que estimulan la secreción glandular.

SECUELA:

(o reliquia). Se denomina así cualquier alteración duradera o transitoria, de orden anatómico o funcional que deja un estado patológico de cualquier género y naturaleza, imperfectamente curado; el trastorno secuela representa al mismo tiempo la consecuencia y el testimonio de la enfermedad previa de la naturaleza infecciosa, tóxica, traumática, orgánica.

SIGNO DE CULLEN:

Oscurecimiento de la piel alrededor del ombligo en las hemorragias peritoneales, principalmente por rotura de embarazo ectópico.

SIGNO DE HALSTED:

Manchas equimóticas diseminadas en el abdomen, principalmente en la zona periumbilical, observadas en el curso de la pancreatitis aguda.

SIGNO DE TURNER:

En la pancreatitis aguda hay decoloración de la piel en los lomos.

SHOCK:

(palabra inglesa que se pronuncia shock).
Es un accidente patológico a veces grave, provocado por la insuficiencia aguda e imprevista de la circulación sanguínea que se revela por la rápida y notable caída de la presión arterial (hipotensión) y por la disminución paralela de la sangre circulante, con los consiguientes fenómenos de anemia cerebral.

TERMOGENESIS:

Es el mecanismo de producción de calor orgánico.

TERMOLISIS:

Es la eliminación de calor por el cuerpo humano, denominado con más propiedad termodispersión.

TONSILITIS:

(o amigdalitis). Inflamación de las amígdalas; se denomina también angina.

TRIPSINA:

Es una enzima o fermento contenido en el jugo pancreático en estado inactivo (tripsinógeno) y que después se hace activo en el ambiente intestinal por la acción de otro fermento.

VOMITO:

Es la emisión a través del conducto del esófago y por la boca de las sustancias contenidas en el estómago a consecuencia de una contracción brusca e intensa de las paredes gástricas, del diafragma y de las paredes abdominales.