



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PANCREATITIS AGUDA EDEMATOSA

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

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

PRESENTA:

Virginia Lemus Medina



DIRECTOR ACADÉMICO: LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ

[Firma manuscrita]

MEXICO, D. F.

JUNIO 2000

281968



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Agradecimiento:

A todos los profesores que vertieron sus conocimientos ante la brillante participación que tuvieron durante el desarrollo de la licenciatura.

Y de manera especial a mi asesor por el apoyo proporcionado de forma incondicional para el desarrollo y culminación del presente documento.

Dedicatoria:

A mis padres y esposo que fueron los personajes fundamentales para terminar mis estudios y su valioso apoyo en todos los aspectos, y a ti, hijita querida.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACION	4
METODOLOGIA	5
UNIVERSO DE TRABAJO	7
I. MARCO TEORICO	11
II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA	37
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	41
III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	42
OBJETIVO GENERAL	42
PROBLEMAS O NECESIDAD REAL Y POTENCIAL	42-56
MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	42-56
FUNDAMENTACION TEORICA	42-56
ACCIONES DE ENFERMERIA	42-56
FUNDAMENTACION TEORICA	42-56
EVALUACION	42-56
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	57
BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUCCION.

El proceso de atención de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de Enfermería. El cual es utilizado para identificar los problemas de paciente, para que una vez planeado se efectuó en forma sistemática los cuidados de Enfermería, y así poder evaluar los resultados que se obtengan con dichos cuidados.

Aplicando así el Método Científico otorgando cuidados con un razonamiento lógico y con metódica que son garantía de una atención profesional.

El Proceso de Atención de Enfermería no es mas que una forma sistemática en búsqueda de dar soluciones de Enfermería a los problemas o necesidades de un individuo. Una necesidad es una situación que requiere solución o alivio. Conforme se avanza en el reconocimiento de necesidades a solucionar surgen los problemas. Y los problemas son preguntas inquietantes, estos pueden ser simples o sumamente difíciles.

La importancia del Proceso de Atención de Enfermería radica en la gran oportunidad que da al Profesional de Enfermería de poder interaccionar con el paciente de una manera Integral y que la participación activa del paciente, familia y comunidad con la oportunidad de enriquecer en Proceso facilitando así la / las maneras de poder contribuir de forma directa en la detección de las necesidades del paciente y por ende la solución a los problemas prioritarios del mismo.

La interacción entre los cinco pasos del Proceso de Enfermería: Valoración, Diagnostico de Enfermería, Planificación, Ejecución y Evaluación es constante, ya que se trata de un Proceso Dinámico, no estático y el cambio del orden de cualquiera de ellos afecta a los demás y por ende altera nuestro objetivo principal que es siguiente:

Contar con un documento con bases o fundamentos Científico para la comprensión de los problemas de los pacientes de una manera individual e integral.

El proyecto que presento esta enfocado a un paciente de Pancreatitis Aguda con Ocupación Mesero y actividades de Delegado Sindical de 45 años de edad.

La magnitud de este padecimiento afortunadamente no es muy elevada y se presenta con mayor frecuencia en pacientes adultos jóvenes entre los 30 y 40 años. Ya que esta población es muy vulnerable pues se encuentran aun en edad productiva, y con hábitos de alcoholismo persistente o constantes. Además esta muy sujeto a la ocupación que desempeñe.

La trascendencia en este padecimiento radica fundamentalmente en el tratamiento y manejo que se otorgué con oportunidad y a su vez en la prontitud con que el paciente solicite el apoyo requerido ya que la tasa de mortalidad aumenta dependiendo de la evolución del mismo.

El paciente que me ocupa es del sexo masculino siendo del grupo vulnerable ya que la principal causa del padecimiento en hombres es la ingesta de alcohol y alimentos grasos, independientemente de los cuidados que se otorguen en el Hospital, las medidas preventivas de Educación y Promoción para la salud del paciente y la familia es de suma importancia, y en la medida de que se les informe sobre los factores de riesgos que condicionaron

El padecimiento y las repercusiones que la enfermedad misma hará que se presenten podrían darnos apertura para encausarlo o sugerirles la integración a los grupos de ayuda existentes, facilitaremos esa formación tan necesaria que consiste en el autocuidado con un enfoque integral.

El alcoholismo es un problema con gran repercusión social y este es multifactorial, uno de los más importantes es el medio social en que se desenvuelven, los condicionan a iniciar como personas que ingieren alcohol por compromiso social y sin darse cuenta se convierten en alcohólicos dándose por ende los problemas de desintegración familiar, con autoestima devaluada, y a su vez cayendo en patologías ya conocidas como es el caso de la pancreatitis.

Y al inicio de un proceso patológico se convierten en parte de la población inactiva y si es la fuente principal de ingresos en el hogar la situación en este se hace crítica con el desenlace ya conocido.

OBJETIVOS

- Contar con un documento sistematizado que guíe las acciones de Enfermería con fundamento y enfoque Holístico.
- Contar con conocimientos sobre la Pancreatitis y poder brindar atención con oportunidad y calidad.
- Contar con un documento para realizar el examen profesional.

JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo tiene como finalidad reflexionar sobre la relevancia de toda intervención de enfermería en la jerarquización de necesidades, detectando el / los problema(s) de todo paciente en forma integral y organizada de tal manera que facilite la participación activa del paciente, para que con la intervención del mismo se logre una pronta recuperación de la patología que lo aqueja y se reintegre a su familia y comunidad con un mínimo de secuelas o complicaciones.

Además se desea poner de manifiesto el papel tan importante que juega la enfermera ante este tipo de pacientes y la oportunidad con que debe desempeñar su quehacer. Ya que la tasa de mortalidad aumenta dependiendo de la evolución del mismo.

A su vez se debe llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva con relación a esta patología ya que esto dará margen para tener un amplio marco de referencia y fundamentar toda intervención de enfermería facilitando así la contribución a las alternativas de solución un tanto más precisas.

Por todo lo antes mencionado, considero importante el desarrollo del presente trabajo, siendo este a su vez un instrumento para realizar el examen profesional.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Para la elaboración del presente estudio clínico se recurrió a la aplicación del modelo Proceso de atención de enfermería.

Proceso de Atención de Enfermería.

Consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermera desde el principio de la profesión. Con los años ha evolucionado adquiriendo mayor claridad y comprensión.

Dicho proceso es un método para realizar algo, que abarca cierto número de pasos, intentado lograr un resultado particular. A su vez es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos, la enfermería debe otorgar un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. Constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore.

Por todo lo antes mencionado para el estudio del paciente se desarrollará el Proceso de Atención de Enfermería, el cual consiste de las siguientes etapas:

Valoración.

En esta fase se llevará a cabo la recolección y selección de datos para identificar necesidades y problemas.

Dicha recopilación se dará en forma directa e indirecta. Y estas se obtienen de varias fuentes y dos métodos básicos de información que son:

La observación y la entrevista con el paciente y sus familiares, realizándose a su vez la Historia Clínica de Enfermería la cual proporcionará las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente.

Otras fuentes son los registros médicos, registro de desarrollo, notas y visitas de la Enfermera, el Kárdex. La enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, aplicando diversas teorías en tanto brinde dichos cuidados. Todo lo anterior nos llevara a elaborar un Diagnóstico de Enfermería el cual es un informe de los problemas que aquejan al paciente. Y nos sirve como base para seleccionar las intervenciones de Enfermería, conociendo la magnitud de su problemática y por alcanzar los resultados reales y esperados.

Planeación.

Sistematización de estrategias en la atención al individuo sano o enfermo tomando en cuenta.

La priorización de necesidades, los objetivos realizables, los resultados esperados con objetivos y Metas alcanzables, planeando estrategias de las intervenciones de Enfermería realizándolas con la participación del paciente y familia por medio de un plan de autoinstrucción, obteniendo resultados reales, dándonos un informe de los resultados y Notas de Enfermería con la relación a los criterios de atención, condiciones del paciente y valoración del mismo.

Ejecución.

En esta etapa se aplican los cuidados de Enfermería con base en las necesidades del paciente: Físicas, Psicológicas, Emocionales, Espirituales, Sociales, Culturales, Económicas y Rehabilitativas, con una participación activa de la Enfermera-Paciente, Comunidad-Familia y Equipo de Salud, facilitando así la continuidad del cuidado; Fomentando la Educación al paciente y familia para el autocuidado.

Evaluación.

Es un mecanismo de retroalimentación que juzga la calidad de la atención de Enfermería realizando una apreciación de los resultados obtenidos con relación a los esperados. Detectando qué problemas fueron resueltos, cuales requieren revaloración y replaneación, llevándonos a la frase final del proceso solo señalando los problemas que se han resuelto.

Los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y revalorados, el Proceso de Atención de Enfermería es un ciclo continuo al que hay que estar evaluando constantemente.

Universo de Trabajo

Se selecciona un paciente del sexo masculino con padecimiento de Pancreatitis Aguda, del cual se realizara un Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital General Regional "Vicente Guerrero" de Acapulco Gro.

Revisión Bibliográfica

Este aspecto es sumamente importante ya que es la que le da la autenticidad, validez o fundamento a cada uno de los aspectos que aquí se mencionen, el revisar libros, con relación al padecimiento que nos ocupa, revistas, folletos etc. además del fundamento o sustento a todo acto de enfermería tendremos lo necesario para realizar un Marco Teórico emanado de toda una fuente de información sumamente relevante para respaldar el proceso de Atención de Enfermería con relación al padecimiento que se presenta.

De la bibliografía que se consulte solo se tomará toda aquella información con relación a la Pancreatitis y los aspectos más relevantes para la realización de un Proceso de Atención de Enfermería con fundamento científico.

Fichas de Trabajo

Este es otro aspecto importante ya que de este dependerá la rapidez y fluidez para realizar el presente trabajo porque si todo aquello que se lea o consulte lo registramos en estas fichas, nos permitirán organizar e ir jerarquizando información que en el momento que tengamos que utilizar estos nos permitirá evitar pérdidas de tiempo y tener un orden adecuado cuando se tenga que realizar el listado de la bibliografía, nos servirán de consulta y cotejo de información cada vez que se tenga alguna duda con relación al trabajo que se presenta.

Son la base para construir el marco teórico y fundamentación de las acciones de enfermería.

Marco Teórico

Es donde se enmarca el problema que aqueja a nuestro paciente y todo lo relacionado al mismo, además que se nos permite enlistar y organizar todo y cada uno de los elementos que se analizaran.

Es aquel que en todo trabajo debe incluirse, ya que es aquí, donde se plasman las soluciones de las necesidades a las que hace referencia nuestros pacientes.

Revisión del Expediente Clínico

Es una fuente secundaria, indirecta que nos servirá como guía para contrastar esta información con la otorgada por nuestro paciente que no es otra cosa más que la exposición de los problemas que le aquejan. Este es primordial para la realización del o los Diagnósticos de Enfermería.

Elaboración de la Historia Clínica

Esta nos permite una interacción con el paciente y su familia de primera intención, ya que la realización de esta nos proporciona un panorama general de las condiciones en como esta integrado a su comunidad y como se desarrolla en esta dándonos pauta para conocer a una persona que inicialmente era una desconocida a convertirse en una persona completamente conocida permitiéndonos detectar en forma integral las necesidades que tiene él y su familia, a su vez, detectar de que manera su medio podría estar influyendo para el desenlace de su padecimiento.

En la Historia Clínica se plasman los hechos más significativos con relación al padecimiento efectuándose el Diagnóstico de Enfermería y realizar el Plan de Atención de Enfermería.

La Historia Clínica se realizará a través de la observación interrogatorio y el examen físico.

Plan de Atención de Enfermería

En este apartado se plasma anticipadamente, una vez detectado el problema o necesidad de nuestro paciente, cada uno de los cuidados que se lo otorgaran, cómo, porqué se van a dar y qué mejoría tuvo o no una vez que se le han dado. Dándonos la oportunidad de que, de no haberse logrado el objetivo planteado inicialmente se replantee nuevamente hasta lograr cubrirlo con eficiencia y eficacia y por otorgar una atención de calidad.

La calidad estará dada si la satisfacción del paciente es completa, una vez que otorgamos nuestros cuidados pero de una manera planeada, organizada y sistematizada con fundamentación científica en cada uno de nuestros actos.

Todo lo antes mencionado se desarrollará coordinadamente con los demás integrantes ya que esto debe estar dado por la actividad completa del equipo multidisciplinario que integran los servicios de salud.

Como ya se menciona antes las habilidades de enfermería para la realización de sus cuidados, se llevan a cabo desarrollando un razonamiento lógico y con capacidad metódica que son garantía de una atención profesional. Para esto se requiere de impulsar el pensamiento reflexivo, ordenado y analítico que otorguen las mejores condiciones de actuar en la solución de problemas, partiendo de los principios básicos y fundamentales del proceso de investigación.

El empleo del Proceso de Atención de Enfermería ayuda a evitar duplicaciones y omisiones que dan como resultado el uso innecesario de recursos.

Este proceso es el crecimiento, la habilidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el inicio de la profesión.

Necesidad.- Elemento imprescindible para que el ser humano mantenga homeostasis física, social y psicológica.

Problema.- Insatisfacción de necesidades. Aquel que obstaculice.

Manifestación del problema.- Es la manera en como el organismo va manifestando una serie de signos y síntomas que delatan un proceso

patológico y que a su vez nos guiaran para determinar nuestro proceder jerarquizando, primeramente, aquellos que pueden agudizar o agravar el cuadro que presenta nuestro paciente.

Razón Científica del Problema.- Aquí se señalará, con fundamento en toda la bibliografía consultada, la razón de toda la Fisiopatología dada en el paciente.

Acción de Enfermería.- Son todos aquellos cuidados de enfermería que se otorgarán al paciente de manera organizada y sistematizada para ayudarle a resolver sus problemas o necesidades detectadas.

Razón Científica de la Acción.- Es todo conocimiento fundamentado en toda actividad de enfermería describiendo y explicando cada una de ellas.

Evaluación.- Es la última etapa del Proceso de Atención de Enfermería y es donde se reflejara el avance que se tenga con cada acción de enfermería en nuestro paciente, buscando revertir la problemática del mismo.

I MARCO TEÓRICO

1. 1 Anatomía y Fisiología del Páncreas.

El páncreas se ubica en forma transversal en el saco retroperitoneal, entre el duodeno a la derecha y el bazo a la izquierda. Es de forma casi triangular y está relacionado en la transcavidad de los epiplones por arriba. Aunque tiene movimientos limitados hacia arriba y hacia abajo, para fines prácticos es un órgano fijo.

Por delante el páncreas esta relacionado con otros órganos de derecha a izquierda en la forma siguiente:

Arriba: Duodeno, píloro, hígado, estómago y bazo.

Abajo: Duodeno, yeyuno, colon transversal y bazo.

En medio: Colon Transverso, meso Colón, colon transversal y bazo.

La primera porción del Duodeno está cubierta por completo por peritoneo, la segunda y tercera, porción esta cubierta por la cabeza del páncreas de tal forma que hay una "área desnuda" pancreática del duodeno que no esta cubierta por peritoneo.

Con el Cáncer Pancreático y la pancreatitis, el páncreas y el meso colon con su arteria cólica media se llegan a fijar con gran firmeza.
(1,2)

Glándula de secreción interna y externa, colocada en la parte media del abdomen por delante de los grandes vasos abdominales a la altura de la segunda vértebra lumbar de forma alargada semejando a un martillo que se fija por su extremo derecho o cabeza merced al duodeno a sus vasos y al conducto excretor de Winsurg.

(1) Skand.Lakis,John E.,W.Gray Stephen.,S.Row Jooseph,Jr.,
Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, p. 141,152,153

(2) Sitges Creus A., Manual de la Enfermera Tomo I, p. 292

Por su forma se divide en una extremidad derecha o cabeza del páncreas, un estrechamiento medio o cuerpo y una extremidad o cola su longitud aproximada es de 12 a 25 cm. (3,4)

Morfología del Páncreas.

En alguna forma arbitraria se puede dividir el páncreas en cinco partes: la cabeza, el proceso uncinado, el cuello, el cuerpo y cola.

Cabeza: La cabeza del páncreas es aplanada y tiene una superficie anterior y posterior. La superficie anterior esta relacionada con el píloro y con el colon transverso. Se ubica a nivel de la segunda vértebra lumbar, en la línea media o ligeramente a la derecha. La cabeza del páncreas, junto con el duodeno, esta suspendida del hígado por el ligamento hepatoduodenal.

Proceso Uncinado: Es una extensión de la porción inferior izquierda de la superficie posterior de la cabeza. Por lo general pasa por detrás de la vena porta y de los vasos mesentéricos superiores y enfrente de la aorta y de la vena cava inferior. El proceso uncinado puede estar ausente o abrazar por completo los vasos mesentéricos superiores.

Cuello: Es de 1.5 a 2 cm. de longitud, se encuentra a nivel de la primera vértebra lumbar y esta fijo al tronco celiaco por arriba y los vasos mesentéricos superiores por abajo. En general está en la porción del páncreas que se ubica sobre los vasos mesentéricos superiores.

Cuerpo: Se encuentra a nivel de la primera vértebra lumbar y a la izquierda de los vasos mesentéricos superiores. Tiene forma de prisma. El cuerpo esta relacionado con la cuarta porción del duodeno, el músculo suspensorio (de Treitz), algunas asas yeyunales y el lado izquierdo del colon transverso.

(3) L. Moore Keith, Anatomía con Orientación Clínica, p. 187,198

(4) Sitges Creus A., Manual de la Enfermera Tomo I, p. 292

Cola: La cola del páncreas es la porción más alta, que se eleva por arriba del nivel de la duodécima vértebra dorsal, es relativamente móvil y su punta alcanza el hilio del bazo.

La Pancreatitis puede dar un proceso inflamatorio en todo el órgano o en cualquier de las partes descritas anteriormente. (5, 6, y 7)

La porción endocrina del páncreas se encuentra formada por un agrupamiento de células llamadas Islotes de Langerhans que están rodeados por capilares y por las células que forman la porción exocrina de esta glándula.

Inervación:

Los nervios proceden del Plexo solar y forman en el interior de la glándula un plexo interlobulillar.

Irrigación:

Recibe sangre arterial de la pancreática duodenal derecha e izquierda, rama de la gastroduodenal, los linfáticos nacen de redes perilobulillares y forman conductos que siguen el trayecto de los vasos y van a desembocar a la cadena esplénica los superiores y los inferiores en la cadena mesenterica inferior. (8)

Fisiología del Páncreas.

El páncreas es una glándula de secreción mixta.

Una secreción externa o jugo pancreático que se vierte en el duodeno por el conducto de Winsurg durante la digestión.

Una secreción interna elaborada por los islotes de Langerhans en lo que se encuentran dos tipos de células: La célula alfa que constituyen un 25% de las células insulares y secretan las hormonas llamada Glucagón, cuya función fisiológica es la de aumentar la concentración de glucosa en la sangre. Las células Beta corresponde al 75% de las células insulares y secretan insulina, esta ocasiona incremento de la síntesis intracélular de proteína. El efecto fisiológico principal de esta hormona es contraria al del glucagón ya que origina decremento de la concentración de glucosa en la sangre. (9)

(5) Gutiérrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 302

(6) Moore Keit L., Anatomía con Orientación Clínica, p. 197

(7) Tatárinov V.G., Anatomía y Fisiología, p. 134

(8) Quiroz Gutierrez Fernando, Anatomía Humana Tomo III, p. 203,20

(9) Sodeman W.A. Sodeman T.M., Fisiopatología Clínica de Sodeman, p. 941

1 . 2 Pancreatitis Aguda.

Descripción:

La inflamación aguda del páncreas se asocia casi siempre con trastornos en el árbol biliar, alcoholismo, traumatismo durante la intervención quirúrgica de órganos vecinos, determinadas infecciones, la ingesta de determinados fármacos, el hiperparatiroidismo y la hiperlipidemias. Las alteraciones patológicas del páncreas pueden evolucionar desde un edema a hemorragia y necrosis. La gravedad de los síntomas y la tasa de mortalidad aumentan dependiendo de la evolución. (10)

Concepto:

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo con un aspecto clínico-patológico que va desde el edema (formas leves, 85% de los casos) hasta la necrosis pancreáticas y peripancreática (formas graves) frecuentemente asociada a falla orgánica múltiple. Constituye una respuesta estereotipada a una gran variedad de causas. (11)

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas por digestión de este órgano por las enzimas que produce, en particular tripsina. (12)

Etiología:

La litiasis biliar es la causa más común (45%), seguida por la ingesta excesiva de alcohol (35%). Un 10% de los casos son idiopáticos y el resto lo constituyen causas diversas.

(10) Bayler Raff Ellen, Lloyd Zusi Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p. 237

(11) Instituto Nacional de Nutrición, " Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 191

(12) Sholtis Bruner Lillian, Manual de la Enfermera, p. 554

A continuación se enlistan las diversas etiologías de la pancreatitis aguda:

- Litiasis biliar.
- Alcoholismo
- Farmacológica: Sulfonamidas, tiazidas, furosemina, estrógenos, azatioprina, mercaptopurina, metronidazol, nitrofurantoina, pentamidina, cimetidina, ranitidina, tetraciclina, eritromicina acetaminofén, salicilatos, ácido valproico, ergotamina.
- Infecciosa: Parotiditis, hepatitis viral, VIH, rubéola, ascariasis, mycoplasma, tuberculosis, etc.
- Metabólica: Hipertrigliceridemia, (dislipidemias I, IV y V), hipercalcemia.
- Traumática: Accidentes, posoperatorio, poscolangiopancreatografía endoscópica.
- Alteraciones Congénitas: Páncreas divisum con obstrucción del conducto accesorio, coledococoele, divertículo periampular.
- Tóxica: Veneno de alacrán, insecticidas organofosforados.
- Hereditaria.
- Vascular: Isquemia (cirugía cardíaca), Vasculitis, Hipertensión maligna.
- Úlcera péptica penetrada.
- Cáncer de páncreas.
- Idiopática (13)

Es factible identificar las posibles causas de la Pancreatitis en 90% de los enfermos. En 5 al 10% de los casos no es posible identificar su origen, por lo que se incluyen en el grupo de pancreatitis idiopática.

(13) Instituto Nacional de Nutrición, "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 191

Otras causas:

Autodigestión del páncreas por sus propias enzimas, aunque se desconoce el mecanismo exacto.

También se relaciona con los cálculos biliares, que bloquean la ampolla de Vater para producir reflujo de bilis hacia el conducto pancreático y activación de las enzimas pancreáticas en el páncreas mismo.

Fisiopatología:

Esta puede estar dada en forma interna, es decir, dentro del mismo órgano la cual estaría ocasionada por los siguientes factores:

Se estaría activando las enzimas pancreáticas en el interior del órgano, cuyo mecanismo íntimo estaría a nivel de los organelos intracelulares.

Es decir al inicio del episodio de pancreatitis hay una liberación explosiva de enzimas en el tejido intersticial de la glándula, posteriormente también hacia el espacio retroperitoneal y hacia la cavidad peritoneal, la absorción y paso al torrente circulatorio de estas enzimas, junto con productos de degradación proteica liberados a partir del tejido necrótico, son la causa de las alteraciones a distancia, por lo que la pancreatitis aguda en su forma grave no puede considerarse como una enfermedad localizada a la cavidad abdominal, sino más bien como una enfermedad sistémica.
(14)

Es decir posterior a iniciar un problema local en el mismo órgano que en sus fases iniciales de ataque leves de pancreatitis existe edema y discreta necrosis, lo que se conoce como "flemón pancreático", lo que casi siempre remite espontáneamente puede darse problemas en los órganos vecinos y realizarse así un problema de tipo más general tales como:

Alteraciones Hemodinámicas:

El choque inicialmente es hipovolémico por la fuga de líquido al espacio intersticial, aunque también constituyen a su producción diversas substancias circulantes a partir del páncreas lesionado, las prostaglandinas y las enzimas del sistema de las cininas producen vasodilatación y aumenta la permeabilidad capilar, por lo que favorece la fuga de líquido. (15)

Alteraciones de la Coagulación:

En la pancreatitis aguda existe un estado de hipercoagulabilidad. Esta descompensación favorece la aparición de trombosis tanto en vaso pancreáticos como en otros órganos o bien hemorragia anormal. El estado del choque, junto con la activación de los mecanismos de la coagulación pueden determinar la aparición de coagulación intravascular diseminada. (16)

Insuficiencia Respiratoria:

Los pulmones además del daño inherente a la CID, choque y transfusión masiva de soluciones cristaloides para combatirlo, sufre daño directo caracterizado por aumento de su contenido de agua, disminución del surfactante y distensibilidad, formación de membrana hialina, microembolismo o agresión de leucocitos. (17)

Insuficiencia Renal:

Puede ser prerrenal por la hipovolemia y baja perfusión, la CID también puede contribuir a la insuficiencia renal, aunque en la pancreatitis grave puede haber cambios en el flujo cortical, con disminución de la filtración glomerular, por lo que muchas veces la corrección de la hipovolemia no es suficiente. (18)

(15) Gutierrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 305

(16) Ibidem.; p.305

(17) Ibidem.; p.305

(18) Ibidem.; p.306

Insuficiencia Hepática:

El hígado presenta alteraciones funcionales en casi la totalidad de los enfermos, existe aumento de aproximadamente 40% de su contenido sanguíneo, la congestión hepática contribuye a la disminución del flujo portal y mesentérico, lo que agrava las alteraciones de la microcirculación del páncreas. Las alteraciones de la función hepática son reversibles a menos que exista una hepatopatía previa.

Alteraciones Mentales:

Muchos enfermos las presentan y se ha explicado por el desequilibrio hemodinámico, metabólico y la deprivación alcohólica, sin embargo, este estado de "psicosis tóxica" puede deberse a las enzimas y productos tóxicos circulantes.

Alteraciones Metabólicas:

El desequilibrio electrolítico está en relación con la pérdida de secreciones, administración de soluciones cristaloides y función renal; en el desequilibrio acidobásico además de lo anterior influye la deficiente perfusión tisular, con predominio del metabolismo anaeróbico y acidosis láctica, la insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria y su manejo con procedimientos dialíticos o respiradores.
(19)

Hay una amplia gama de cambios anatomopatológicos en la pancreáticas aguda, que va de edema e inflamación a necrosis y hemorragia del páncreas.

Las enzimas pancreáticas que normalmente se activan en el tubo digestivo por estimulación alimentaria en la pancreatitis aguda se activa en el páncreas mismo y empiezan a digerirlo.

Al activarse las enzimas, se altera la permeabilidad de las membranas celulares y produce pérdida de líquido rico en proteínas hacia los tejidos y la cavidad peritoneal e hipovolemia. (20)

(19) Gutiérrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 305 y 306

(20) Sholtis Brunner Lilian, Manual de la Enfermera, p. 554.

Cuadro Clínico

La presentación clínica depende de la gravedad de la pancreatitis.

Los signos más frecuentes son:

- a) Dolor abdominal en el 95% al 100% de los casos. Aumenta con la ingestión de alimentos y calma con los vómitos. (21)
- b) Náuseas
- c) Vómito
- d) Fiebre de intensidad variable
- e) Puede haber ictericia leve
- f) En las formas graves confusión mental
- g) Taquipnea
- h) Oliguria
- i) Hematemesis en ocasiones
- j) Taquicardia
- k) Hipotensión
- l) Choque
- m) Postración y sudoración profusa (22)
- n) Heces de coloración pálida, fétidas y alto contenido en grasa.

(21) Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 191

(22) Baily Raff Ellen, Lloyd Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p. 238

En la exploración física se encuentra: (23)

- a) Agitado
- b) Inquieto
- c) Muslos flexionados o posición mahometana
- d) Puede haber hipoventilación
- e) Derrame basal izquierdo
- f) Abdomen distendido, doloroso en su parte superior
- g) Ileo generalizado o localizado
- h) Equimosis en flancos y periumbilical (signos de Grey - Turner y Cullen)
- i) Puede palpase masa en epigastrio e hipocondrios

Métodos de Diagnóstico

Se basa principalmente en los datos proporcionados a través de la Historia Clínica así como de los síntomas.

Los antecedentes de posibles causas etiológicas, patología biliar, ingestión abundante de bebidas alcohólicas y alimentos, traumatismos abdominales, intervención quirúrgica reciente o administración de fármacos, junto con un cuadro clínico con las características antes descritas sugieren el Diagnóstico de Pancreatitis, el que deberá comprobarse con estudio de laboratorio y gabinete bien orientados. (24)

Es importante hacer un Diagnóstico diferencial entre las formas leve y grave de pancreatitis, ya que el manejo difiere en las formas edematosas, hemorrágica y necrótica hemorrágica.

La determinación de amilasa en suero y orina es fundamental para el diagnóstico, en suero aumenta desde el principio de la enfermedad y se normaliza en un lapso de 48 horas, en orina permanece alta dos o tres días más que en suero. (25)

La biometría hemática en fases iniciales muestra aumento del hematócrito por pérdida de líquido intravascular, su descenso al igual que el de la hemoglobina indica pérdida sanguínea.

Generalmente existe leucocitosis entre 10,000 y 20,000 por mm con neutrofilia y bandemia, lo que es más acentuado cuando se presentan complicaciones infecciosas.

En la pancreatitis aguda generalmente hay hiperglucemia y glucosuria transitorias, su persistencia sugiere la posibilidad de que se trate de una forma grave.

La coagulación se valora mediante la medición del tiempo de protombina, tiempo parcial de protombina, tiempo de trombina cuantificación de plaquetas, fibrinógeno. Con estas pruebas es posible detectar un estado de hipercoagulabilidad. (26)

(24) Gutiérrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 306, 307

(25) Ibidem.; p. 307

(26) Ibidem.; p. 307

En la placa simple de abdomen se encuentra una o varias asas de intestino delgado llenas de gas cerca del área pancreática "asa centinela" o un segmento de colon transverso dilatado y bien limitado, "colon cortado", la separación del estómago y el colon indica edema y líquido libre peritoneal. (27)

La telerradiografía de tórax en ocasiones muestra elevación del hemidiafragma izquierdo con derrame pleural, que en algunas ocasiones es bilateral.

La serie esofagogastroduodenal no está indicada en la fase aguda, más bien es útil para detectar complicaciones de la pancreatitis, como flemón, pseudoquiste o absceso.

El ultrasonido es poco útil en la fase aguda, el íleo con distensión de asas impide realizar un estudio satisfactorio, puede detectarse la existencia de litiasis en la vesícula o en el colédoco.

En cambio constituye una valiosa ayuda para el diagnóstico de las masas consecutivas a la pancreatitis, permite ver su situación, tamaño y contenido.

La tomografía axial computada proporciona datos similares al ultrasonido, por su mayor nitidez es más fácil establecer las relaciones anatómicas, orienta acerca de las características de estas masas pancreáticas, por otra parte la distensión de asas intestinales no es obstáculo para realizar el estudio. (28)

La colangiopancreatografía endoscópica tiene gran importancia en enfermos con pancreatitis biliar grave que no mejora clínicamente 24 horas después del ingreso; permite identificar y extraer cálculos de la vía biliar. (29, 30)

(27) Gutiérrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 307, 310

(28) Ibidem.; p. 308

(29,30) Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 192,193

Tratamiento

El tratamiento médico se enfoca hacia el alivio de los síntomas y apoyo del paciente para evitar la hipovolemia, el choque y la muerte.

Aproximadamente 90% de los casos de pancreatitis corresponde a la forma edematosa, que tiene un curso benigno y responde satisfactoriamente al tratamiento conservador, con una mortalidad de 5 al 10%.

Deben vigilarse estrechamente mediante el registro periódico de la tensión arterial, pulso, temperatura, diuresis horaria y signos abdominales.

- Control de líquidos: con el fin de reponer el volumen perdido por medio de soluciones cristaloides y coloides, preferentemente plasma, rara vez se necesita transfusión de sangre.
- Sonda Nasogástrica: ya que impide que el ácido del estómago pase al duodeno y a través de la secretina estimule al páncreas.
- Analgésicos: del tipo de la pirazolona, la meperidina tiene el inconveniente en algunos pacientes de aumentar la presión del esfínter de Oddi.

En casos extremos, aplicar Bloqueo epidural suprime el dolor y mejora la circulación esplácnica.

- Antibióticos: cuando son pacientes con Pancreatitis biliar o cuando existe infección agregada.
- Asistencia Respiratoria: con oxígeno mediante catéter nasal.
- Plasma fresco congelado: que además de coloide, suministra los factores de la coagulación. (31)
- Ayuno.

- Insulina de acción rápida por vía intravenosa según requerimientos para controlar hiperglucemia.

- Considerar lavado peritoneal en casos graves con ascitis, para eliminar líquido rico en enzimas potencialmente tóxicas.

- Antibióticos: en casos de sepsis, colangitis, absceso o pancreatitis graves con necrosis extensa; al respecto se ha demostrado que imipenem y quinolonas alcanzan las más altas concentraciones en tejido pancreático. (32,33)

- Reposo en cama.

- Cuando se reanuda la dieta, debe tener un bajo contenido protéico y de lípidos, y un alto contenido en carbohidratos. Se debe limitar la ingesta de café. Debe evitarse la ingesta de alcohol.

- Si con las medidas generales no se observa mejoría clínica y especialmente, si se intensifica la falla orgánica, debe realizarse aspiración con aguja por punción dirigida por ultrasonido o tomografía de las zonas de necrosis pancreática, para realizar tinción de Gram y cultivo. Si se confirma la existencia de necrosis infectada se requiere de tratamiento quirúrgico (Necrosectomía). (34)

(32) Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p.194, 195

(33) Bales Raff Ellen, Lloyd Zusy Mary, Consultor de Enfermería Clínica, p. 238, 239

(34) Op. Cit.; p. 195

Complicaciones

Necrosis pancreática: Aparece en la primera o segunda semana de evolución, y se sospecha en caso de dolor abdominal persistente, fiebre, leucocitosis, hiperamilasemia prolongada y masa palpable. Puede ser estéril o haber infección por bacterias.

Colecciones líquidas: Son relativamente frecuentes, ocurren en forma precoz, carecen de pared bien definida y desaparecen en forma espontánea en más del 50% de los casos.

Seudoquistes: Colección de líquidos y tejido necrótico dentro y fuera del páncreas limitada por una pared bien definida de tejido fibroso que aparece hacia la tercera o cuarta semana. Se resuelve espontáneamente en el 85% de los casos, aunque pueden cursar con infección (absceso), perforación o hemorragia. Se manifiestan con persistencia o reaparición de dolor abdominal, hiperamilasemia y leucocitosis en el curso de la tercera semana de evolución. (35)

Absceso: Acumuló de pus en o alrededor del páncreas más o menos delimitado, que suele presentarse hacia la segunda semana de evolución en asociación a dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Característicamente, la amilasa puede encontrarse dentro de límites normales. (36)

(35) Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran"
Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, p. 195

(36) Ibidem.; p. 195

1.3 Acciones de Enfermería

El personal de enfermería es uno de los elementos del equipo multidisciplinario que mayor contacto tiene con el paciente, desde el momento de su ingreso al hospital y que interacciona con él y su familia en todo momento para detectar sus necesidades y cooperar de manera inmediata para la resolución de las mismas.

Por lo que las acciones que efectúan la enfermera y el paciente para prevenir o atenuar sus complicaciones y poder, mantener o restablecer la salud. (37)

Ingreso del Paciente al servicio de Urgencias

Cada una de las personas admitidas en una Institución de salud debe ser considerada individualmente, tanto en lo que se refiere a sus necesidades personales, como a lo que se relaciona con la magnitud de su enfermedad. (38)

Cuando el paciente se interna por la sala de urgencias tratar sus necesidades especiales es más importante que cumplir con los procedimientos de ingreso. Una vez que ha sido tratado y asistido se procede a realizar lo siguiente:

a) Admisión del Paciente:

Es muy importante identificar al paciente desde el momento de su ingreso. ya que esto permitirá facilitar la interacción enfermera - paciente, iniciándose a su vez el plan de cuidados que es de gran importancia, efectuándose la comunicación inmediata entre estos. (39)

(37) Alfaro, Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, p. 96

(38) Fuerst y Wolff, Principios fundamentales de Enfermería, p. 102

(39) Ibidem.; p. 104

Identificar completamente a nuestro paciente, disminuye un poco la ansiedad con que llega a su ingreso al Hospital, ya que siempre es angustiante para cualquier persona llegar al hospital con algún problema que le aqueje y obviamente cuando se desconoce la magnitud del problema que se tiene.

Se deberá tratar con prontitud y respeto, de una manera muy individualizada. Otorgándole tranquilidad que requiere ante su temor y angustia, así como a la de su familia.

Cumplíendose así los siguientes objetivos: Verificar la identidad del paciente y valorar su estado clínico, haciéndolo sentir tan cómodo como sea posible en su nuevo ambiente. (40)

b) Preparación Psicológica:

Cuando una persona se transforma en paciente y necesita la atención de los miembros de un equipo de salud, no debe considerarse repentinamente solo como un "cardíaco" o un "diabético". Es el mismo individuo que era antes de sufrir la alteración debido a su enfermedad; dinámico a su propia manera, y necesitado de atención. (41)

Las necesidades emocionales y espirituales de cualquier paciente son tan importantes como las físicas.

Hay disposiciones que el médico da a la enfermera y que ésta "realiza" oportunamente. El paciente, entonces, se transforma sólo en vehículo intermediario, alguien a quien "se le hace algo", sin recibir el beneficio de alguna explicación. (42)

(40) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p.83

(41) Ibidem.; p. 34

(42) Ibidem.; p. 37

Es por esto que se hace primordial la participación del paciente anticipadamente de cada una de las acciones que se realicen; así el paciente tendrá la oportunidad de comunicar sus inquietudes y liberarse de algunos de sus temores, convenciéndose así de que él también participa en el plan de su curación. (43)

Todo lo anterior debe tener como principio fundamental el respeto a la individualidad del hombre.

c) Llamándolo por su nombre, ayudarlo a colocarlo en su cama, para que guarde el reposo que requiere y se coloque en una posición cómoda, ya que esto ayudará a que disminuya su ansiedad y mejore un tanto las molestias que acompañan a su padecimiento, estos pacientes normalmente optan por mantenerse en posición en "gatillo" ante el agudo dolor que lo aqueja.

d) Toma de Signos Vitales:

Una vez colocado el paciente en su unidad , se procederá a la toma de los signos vitales, los cuales son sumamente importantes desde el momento de su ingreso, ya que estos nos llevarán a evaluar el estado físico, de tal forma que, nos indicaran cualquier complicación que presente nuestro paciente. Ya que el mecanismo del cuerpo que lo gobierna es extremadamente sensible a cualquier cambio de lo normal. (44)

(43) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p. 37

(44) Ibidem.; p. 119

e) Administrar Soluciones Intravenosas:

Es el procedimiento ideal para la administración de grandes cantidades de líquidos al organismo, también de una forma lenta gota a gota, circunstancia que sin embargo, permite aportar 2,000 - 4,000 cc ó más en 24 horas para la hidratación de los pacientes. (45)

f) Cambio de ropa personal por la hospitalaria e identificación del paciente:

Es parte de la norma de todo hospital que en cuanto ingrese un paciente a este, debe cambiarse inmediatamente con la ropa hospitalaria, ya que ésta es parte de su identificación propia como paciente. (Siempre teniendo mucho cuidado en la custodia de sus pertenencias con las que ingresa).

El brazalete de identificación es el medio fundamental para verificar la identidad del paciente y ayuda a evitar errores en la asistencia. El brazalete debe ser cotejado antes de cualquier tratamiento, prueba diagnóstica o administración de medicamentos. (46)

g) Ayuno:

A su ingreso asegurarse de que él paciente no tome alimentos o bebida alguna. Como parte primordial en el tratamiento de estos pacientes para disminuir el funcionamiento gástrico, biliar y pancreático.

(45) Sitges Creus A., Manual de la Enfermera Tomo II, p. 578

(46) Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería, p. 8

h) Sonda Nasogastrica:

Impide que la secreción gástrica pase al duodeno y a través de la secretina estimule al páncreas, por otra parte la distensión abdominal secundaria al íleo paralítico disminuye al descomprimir el estómago y las asas intestinales dilatadas, por lo tanto es necesario mantenerla hasta que mejore el cuadro clínico, restablezca el tránsito intestinal y/o disminuya las cifras de amilasa sérica.

Se emplea fundamentalmente para mantener en reposo el tracto digestivo y para evitar la distensión gástrica. (47)

i) Valoración del dolor:

Síntoma predominante se presenta prácticamente en el 100% de los enfermos, intenso de aparición brusca, localizado en epigastrio y ambos hipocondrios, transfixivo o irradiado a ambas regiones lumbares, aumenta con la ingestión de alimentos y calma con los vómitos. (48)

j) Aplicación del Tratamiento por Vía Intravenosa:

Permite la administración intravenosa rápida de un medicamento, puede utilizarse para alcanzar concentraciones máximas del fármaco en el torrente sanguíneo, introducir medicamentos que no se pueden diluir o que no se pueden dar por vía intramuscular pues resultan tóxico para el tejido muscular o está alterada la capacidad del paciente para absorberlos. (49, 50)

(47) Gutierrez Samperio Cesar, Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo, p. 309

(48) Ibidem,; p. 306

(49) Klusek Hamilton Helen, Procedimientos de Enfermería, p. 382

(50) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p. 370

k) Asistencia Respiratoria:

Normalmente son 16-18 respiraciones por minuto, reguladas de forma automática por el centro respiratorio del bulbo raquídeo; aunque pueden modificarse por propia voluntad, son múltiples las causas, tanto físicas como químicas. (51)

l) Solicitud de exámenes de radiodiagnóstico:

Toda exploración radiológica digestiva debe ir acompañada de múltiples radiografías que confirmen el diagnóstico, pero actualmente, gracias al intensificador de imágenes con su circuito cerrado de televisión, es posible comprobar las imágenes patológicas por simple radioscopia televisada. (52)

Se realizan con el objeto de obtener la imagen estática del abdomen que permite el estudio de los detalles más significativos en ocasiones, el único elemento efectivo para establecer el diagnóstico.

II) Solicitud de exámenes de laboratorio:

Aparte de los datos que proporciona con respecto al examen sistemático de la sangre (hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, urea, glucemia, colesteroína, etc.). La actividad pancreática, exacerbada en las crisis inflamatorias agudas, con la aparición de amilasa en sangre y orina. (53)

m) Verificar el expediente clínico:

Asegurarse que el expediente se encuentre integrado, en orden y completo, con la orden de internamiento debidamente requisitada, con exámenes de laboratorio y gabinete completos.

Para posteriormente trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos.

(51) Stiges Creus A., Manual de la Enfermera Tomo II, p. 591,411

(52) Sitges Creus. A.. Manual de la Enfermera Tomo I, p. 403

(53) Op. Cit.; p. 403

Estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Es necesario que el paciente sea controlado y supervisado en la unidad de Cuidados Intensivos por lo menos las primeras 24 horas a seguir de su ingreso, ya que requiere de una monitorización frecuente de sus constantes vitales y poder prever con oportunidad cualquier complicación que esté presente y llevar a efecto un control estricto de líquidos.

Además de las acciones mencionadas anteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos, se llevan a efecto las siguientes:

a) Control de Líquidos:

Este se lleva a cabo para mantener un equilibrio entre los líquidos que se administran y los que se pierden, y con esto poder detectar alguna alteración de los mismo y como consecuencia alguna alteración hemodinámica de nuestro paciente.

Conocer el estado general de líquidos y electrólitos en el paciente ayuda a hacer el diagnóstico.

Valorar la necesidad del aumento o restricción de líquidos.

Descubrir indicios tempranos de alteraciones físicas, potencialmente peligrosas. (54)

b) Cateterización de vena central:

Consiste en introducir un catéter colocado dentro de una aguja en la vena subclavia, o con menos frecuencia en la yugular, para alcanzar la vena cava superior.

Indica también la capacidad del hemicardio derecho para recibir y expulsar sangre, se utiliza también para valorar el volumen sanguíneo. (55)

(54) Wieck. L.; King E.M.; Dyer M. Técnicas de Enfermería, p. 439

(55) Klusek Hamilton Helen; Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería, p. 283 y 422

c) Medición de presión venosa central y signos vitales horarios:

Temperatura.- Representa el equilibrio entre el calor producido por el metabolismo, actividad muscular y el que se pierde a través de piel, pulmones y excretas corporales.

Tensión Arterial.- Es la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes arteriales.

Frecuencia Cardíaca.- El pulso arterial es una vibración de las paredes del vaso, que se produce al pasar por éste una orden recurrente de sangre bombeada por la contracción ventricular.

Frecuencia Respiratoria.- Consiste en el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y las células del organismo.

Presión Venosa Central.- Permite vigilar la presión sanguínea de la vena cava superior, la cual es índice del volumen sanguíneo o la eficiencia de la bomba cardíaca y tomar muestras sanguíneas para pruebas diagnósticas. (56)

d) Destrostix y glucosurias por turno:

Es la monitorización rápida y exacta de la glucosa en sangre y orina.

e) Vigilancia de catéteres:

Vigilar permeabilidad de los catéteres, efectuar curaciones y limpieza de estos, cambio de fijación de sonda nasogastrica para evitar necrosis de mucosas.

f) Vigilancia estrecha del estado neurológico:

Los signos vitales neurales complementan la medición sistemática de temperatura, frecuencia de pulso y respiración, pues valoran estado de la conciencia y funciones sensitivas y motoras. Proporcionan un medio sencillo e indispensable para revisar rápidamente el estado del sistema nervioso. Dichos signos son: estado de conciencia, actividad pupilar, fuerza y tono muscular y signos vitales ordinarios. (57)

(56) Wieck L. King E. M., Técnicas de Enfermería, p. 278

(57) Klusek Hamilton Helen; Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería, p. 674

g) Vigilancia del patrón respiratorio:

Vigilar que no halla incremento de la frecuencia o trabajo respiratorio, el cual puede estar ocasionado por el depósito de enzimas en el pulmón.

Toma de gasometría arterial para detectar con oportunidad si requiere ventilación mecánica.

h) Baño y aseo:

Es muy tonificante para la mayoría de los pacientes cuando sufren calor, cansancio o incomodidad. Pueden sentirse estimulados o descansados después de tomarlo, al grado de dormirse posteriormente.

Los efectos fisiológicos que lo acompañan serán ventajosos para nuestro paciente.

Una fricción en la piel, estimula las terminaciones nerviosas periféricas y la circulación periférica. Cuando se contraen los músculos, se facilita el retorno de la sangre que está en las venas al corazón. La actividad de los músculos les ayuda a mantener su tono, que es ese ligero grado de contracción siempre presente en los músculos del esqueleto. (58)

i) Cambios de posición asistida:

La posición y el alineamiento correctos son necesarios en todo paciente.

Cuando se acompaña de cambios de posición regulares y ejercicios de amplitud completa, la posición adecuada puede fomentar la comodidad, mantener y ayudar a restablecer las funciones orgánicas, y contribuir a evitar contractura. (59)

Se debe ayudar al paciente a buscar la posición más cómoda para él.

(58) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p. 180
(59) Wieck L. King. E. M., Técnicas de Enfermería, p. 558 y 559

Estancia del paciente en el Servicio de Especialidades Quirúrgicas.

Una vez que la evolución del paciente ha sido satisfactoria se traslada a su unidad en hospitalización, continuando con las acciones mencionadas con anterioridad, agregando las que a continuación se señalan:

a) Una vez instalado en su cama, se prepara todo el equipo y material necesario para su atención, como son: Equipo de termometría, de canalización intravenosa, de tripies, etc.

b) Se vigilara constantemente la permeabilidad de la vena, de sonda nasogástrica, el cambio de posiciones asistidas, ya que continuara en reposo.

c) Anotar con todo cuidado la evolución del paciente y hacer las anotaciones pertinentes de todo lo acontecido a nuestro paciente, así como de alguna acción específica o procedimiento especial que se le realice. (60)

d) Continuar con el tratamiento establecido en las dosis y horarios indicados, así como la valoración constante del dolor y la mejoría o disminución de este.

e) Dependiendo de la evolución del paciente se valorara el retiro de la sonda nasogástrica y se iniciara la vía oral, primeramente con líquidos claros, que consisten en la supresión de todo tipo de alimento sólido, administrando agua y té, durante los primeros días. (61)

(60) Fuerst y Wolff, Principios Fundamentales de Enfermería, p.111

(61) Sitges Creus A., Manual de la Enfermería Tomo II, p. 542 y 554

Continuara posteriormente con dieta blanda: En especial frutas y verduras. Caracterizada por la supresión de alimentos con abundantes grasas, así como toda clase de especias, picantes y condimentos o cualquier sustancia que pueda irritar la mucosa digestiva, estimulación biliar y pancreática. (62)

f) Iniciara por indicación médica con deambulaci3n asistida, así como el baño en regadera, lo cual mejorara el estado anímico del paciente, pues ya no se sentirá tan dependiente de los demás, la deambulaci3n mejorara la peristalsis intestinal. Es aquí donde la interacci3n del paciente con su tratamiento se hace mas notable, es decir, más dinámica, pues su cooperaci3n fundamental para su rápida evolucion hacia la mejoría. (63)

g) Valorar el dolor en nuestro paciente en cuanto a intensidad, duraci3n y que mejoría tiene con los analgésicos que se administran.

h) Se vigilaran con frecuencia los resultados de los estudios de laboratorios de control, ya que son de suma importancia para observar la disminuci3n de la amilasa en sangre y orina.

i) Al ser dado de alta nuestro paciente es sumamente relevante explicarle la importancia que tiene continuar con su dieta, el que no consuma alcohol, que de ser posible acuda a solicitar ayuda especializada y que continúe asistiendo con su médico esporádicamente según se le indique para continuar con su tratamiento y control hasta lograr su restablecimiento total. Y que tiene que esperar la indicaci3n médica para reanudar sus actividades en general. (64)

Se tiene que explicar muy bien la importancia que tiene continuar y no suspender el tratamiento, para evitar próximos cuadros agudos y de mayor gravedad.

(62) Stiges Creus A., Manual de la Enfermera Tomo II, p. 554

(63) Wieck L. King E. M., Técnica de Enfermería, p. 157 179

(64) C. Smeltzer, G. Bare Brenda, Enfermería médico Quirúrgica de Brunner y Sudarth Vol. 2, p. 172

II HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

2.1 Ficha de Identificación:

Nombre: M.P.A.

Cédula: 7277 51 0744 1M 51or.

Edad: 45 años.

Sexo: Masculino.

Lugar de Nacimiento y Residencia: Acapulco Guerrero.

Grado escolar: Secundaria.

Estado Civil: Casado.

Servicio: Gastroenterología.

Ocupación: Mesero.

Persona Responsable: Esposa.

No. de cama: 626

Religión: Católica.

Dinámica familiar: Familia integrada con muy buena convivencia.

2.2 ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Abuelas portadores de Diabetes Mellitus de larga evolución y con tratamiento. Abuelos Hipertensos y Diabéticos con controles y tratamientos irregulares.

2.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo positivo de 10 años de evolución, llegando hasta el estado de ebriedad cada ocho días. Tabaquismo desde los 13 años de edad, gastritis crónica de 10 años de evolución.

2.4 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Alimentación: Balanceada, en regular cantidad y calidad, tres comidas al día, dieta pobre en grasas e irritantes por prescripción médica, la cual lleva en forma irregular.

Eliminación: Peristalsis disminuida tres días sin evacuar, su patrón normal es cada 24 horas, micciones normales, ahora presenta disuria y coluria.

Descanso: Duerme durante las mañanas y tardes por su trabajo nocturno, refiere no tener problemas para dormir, en esta ocasión refiere dormir poco por dolor abdominal.

Higiene: Buena, baño diario se lava las manos antes de ir a comer y después de ir al baño, lavado de dientes después de comer.

Esparcimiento: Actividades sindicales, y ocasionalmente deportivas.

Otros que estén afectando el estado actual del paciente: La dieta no balanceada, la ingesta excesiva de alcohol y grasas.

Ambiente Físico:

Tipo de habitación: Paredes de material, loza y piso de cemento, con buena iluminación y ventilación, la habitan cuatro personas, no conviven con animales.

Cuenta con todos los servicios públicos.

Grado de conocimiento y aceptación de su padecimiento actual: Sí tiene conocimiento, aunque no de la magnitud real.

Inicialmente no tenía conocimiento que el exceso de alcohol podría ocasionarle esta enfermedad.

Posibilidades y limitaciones que el individuo tiene para participar y lograr su recuperación: Tiene todas las posibilidades y ninguna limitación.

Metas de la hospitalización actual (esperanza del paciente): Lograr su recuperación integral.

2.5 PADECIMIENTO ACTUAL: Lo inicia el día 19 de Agosto de 1998 con dolor intenso, súbito, localizado en epigastrio y mesogastrio, posteriormente irradiado hacia ambos hipocondrios, el cual se presentó posterior a la ingesta de bebidas alcohólicas durante 3 días y alimentos grasos, acompañándose de náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar, además plenitud y distensión abdominal, con exacerbación del cuadro clínico y motivo de su hospitalización.

Al momento persiste con dolor abdominal intenso y con vómitos gastrobilíares

2.6 EXPLORACIÓN FÍSICA: A su ingreso consciente, somnoliento, con actitud antiálgica, hipoactivo, poco cooperador, con regular estado de hidratación, afebril, con signos vitales dentro de lo normal, campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de estertores. Ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, sin presencia de fenómenos agregados y con abdomen semigloboso a expensas de panículo adiposo, distendido, doloroso a la palpación superficial en epigastrio y mesogastrio, con peristalsis disminuida, resto sin agregados.

2.7 HABITUS EXTERIOR: Paciente masculino con edad aparente igual a la cronológica, constitución media, conformación robusta, orientado en sus tres esferas neurológicas, (tiempo, persona y espacio), con facies de dolor y actitud forzada.

2.8 EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE: B.H., Q.S., TP., TPT., GPO., Y RH, Pruebas de funcionamiento hepático completas, Amilasa, EGO., RX Simple de Abdomen, de pie y de decúbito, RX de Tórax A.P., US. de Hígado, Vesícula, Vías biliares y Páncreas, Tomografía Axial computarizada de abdomen.

Descripción de Hallazgos por "Ultrasonido"**19/08/98**

Páncreas valorable solo parcialmente por presencia de abundante gas intestinal; cabeza y cuerpo aumentados de volumen, con disminución de la ecogenicidad en relación a proceso inflamatorio agudo, no se visualizan colecciones peripancreáticas; vesícula biliar de 7.5 cm. X 3cm., sin evidencia de litos ni proceso inflamatorio, vías biliares normales, hígado hipocoico sin evidencia de lesiones focales ni difusas.

DX. Pancreatitis Aguda Edematosa.

Biometría Hemática: Hemoglobina 13.2 HTO.37.6.

Leucocitos 8,300, Linfocitos 7, Monocitos 1, Eosinofilos 0, Basofilos 0, Segmentados 85, Bandas 17.

Química Sanguínea: Glucosa 155, Creatinina 0.8, Urea 24.

Tiempo de Protombina: 11" = 100%

Tiempo de Protombina Total: 42"

Grupo y RH: 0 Positivo

Pruebas de funcionamiento hepático : Colesterol 96, Proteínas totales 4.7, Albúmina 2.1, Globulina 2.8, relación A/G 0.8, BD, 1.8, BI.0.8, TGO.97, TGP.125, Fosfatasa Alcalina 81.

Amilasa: (19 / 08 / 98) = 726 Us.

Amilasa: (20 / 08 / 98) = 550 Us.

Amilasa: (24 / 08 / 98) = 170 Us.

Amilasa: (28 / 08 / 98) = 85 Us.

EGO. Orina ligeramente turbia, P.H.6.0, Densidad 1007, Albúmina negativo, Glucosa negativo, acetona negativo, bilirrubina negativo, Hemoglobina negativo, sedimento numerosas células epiteliales, Leucocitos, 3XC, Eritrocitos 0XC, Cilindros 0XC.

RX Simple de Abdomen; de pie y de decúbito: Distensión de asas intestinales.

RX de Tórax A.P. Pulmones y corazón normales.

Tomografía Computarizada: (10/10/98) Reporta glándula pancreática morfológicamente dentro de los límites normales, sin evidencia de colección peripancreática, vesícula y vías biliares normales. (control)

2 . 9 Terapéutica Empleada.

- 1.- Ranitidina 1 amp. I.V. C/8 Hrs.
- 2.- Metoclopramida 1 amp. I.V. C/8 Hrs.
- 3.- Nalbufina 1 amp. I.V. o I.M. C/8 Hrs.
- 4.- Butilhioscina 1 amp. I.V. C/6 Hrs.

2 . 10 Diagnósticos de Enfermería.

Dolor intenso localizado en el epigastrio e irradiado hacia el flanco izquierdo por inflamación y edema pancreático e irritación peritoneal.

Alteración del estado hídrico y nutricional por vómitos, ingreso deficiente de líquidos, fiebre, diaforesis, y desplazamiento de líquidos entre los compartimientos corporales.

Patrón de respiración ineficaz por el dolor intenso.

Taquicardico, intranquilo y angustiado por temor a la enfermedad o a la muerte, ante el desconocimiento de su enfermedad.

Distensión abdominal como resultado de la acumulación de aire y líquidos en el intestino.

III PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a que el paciente se reincorpore a su familia y sociedad, proporcionándole cuidados específicos de enfermería con relación a su padecimiento, logrando su participación activa a través de acciones educativas y atendiendo sus necesidades de salud.

Problema y/o Necesidad.

Dolor

Manifestación del Problema

- Quejumbroso
- Diaforesis
- Taquicardia
- Ansiedad

Razón Científica del Problema

Este es un síntoma sumamente importante en trastornos del páncreas.

Por afectación de las terminaciones sensitivas intradérmicas cuyas distintas características según la presentación, localización, intensidad, ritmo y evolución. El dolor pancreático también es súbito, intenso y típicamente se irradia al hipocondrio y hombro izquierdo, y que en ocasiones se confunde con la úlcera gástrica perforada.

El dolor surge al ejercer presión, junto con la dorsalgia, se debe a la irritación y al edema del páncreas inflamado, que estimulan las terminaciones nerviosas. El aumento de tensión sobre la cápsula pancreática y la obstrucción de los conductos homónimos contribuyen al dolor. (65)

(65) C. Smeltzer; G. Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, p. 1168

Acción de Enfermería.

- a) Administración de analgésicos y antiespasmódico (Nalbufina y Butilioscina)
- b) Mantener en reposo al paciente.
- c) Posición libremente escogida.

Razón Científica de la Acción.

a) La Nalbufina es un analgésico narcótico efectivo, con aproximadamente igual potencia y duración al efecto de la morfina. La analgesia es consecuencia de sus acciones agonista en la clase K de los receptores de opioides.

En caso de sobredosis se administra clorhidrato de naloxona (analgésico narcótico).

La Butilioscina actúa mediante un antagonismo parasimpático competitivo sobre los receptores neuromusculares del músculo liso visceral conduciéndolo a la relajación.

Se metaboliza parcialmente y se elimina por vías urinarias y fecal. (66)

b) El reposo es importante para disminuir el metabolismo del organismo y ahorra energía que es necesario para el restablecimiento del paciente.

El reposo ayuda también a disminuir el dolor, porque existe relajación muscular, disminuyendo así la tensión de los mismos.

c) Es favorable el darle libertad al paciente para buscar una posición en la que él se siente cómodo, así como el que busque la mejor manera de disminuir su dolor y a su vez dándole mas facilidad para el reposo.

Evaluación.

Disminuye la intensidad del dolor, normalizándose la frecuencia cardiaca, minimizando la diaforesis y la ansiedad. Solo continua quejumbroso ante la presencia del dolor, el cual en la medida que se va administrando el analgésico conforme al tratamiento establecido, desaparece al tercer día de evolución, continuando con el resto del tratamiento

Problema y/o Necesidad.**Vómito.****Manifestación del Problema.**

- Náuseas.
- Expulsión brusca de contenido gastro biliar e intestinal.
- Diaforesis.
- Salivación.
- Palidez

Razón Científica del Problema

Expulsión forzada repentina del contenido gástrico por la boca. El centro del vómito se localiza en el bulbo. Puede ir precedido de inmediato y acompañándose de actividades vasomotoras exageradas y con frecuencia extrema; salivación, sedación, cambios de la frecuencia del pulso o vasoconstricción y palidez. La taquicardia anterior al vomito se vuelve bradicardia durante el proceso, es estimulado por "peristalismo inverso" neuromuscular u obstrucción mecánica. (67,68)

Acción de Enfermería.

- a) Administración de procinéticos, metoclopramida y ranitidina.
- b) Colocación de sonda nasogástrica.
- c) Asistirlo ante la presencia del vómito.
- d) Proporcionar higiene y cuidado bucal.

(67) C.Smeltzer, G.Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth Tomo I, p. 462
(68) T. Nordmark Madelyn, Bases Científicas de la Enfermería, p.153

Razón científica de la Acción.

a) Los procinéticos y Metoclopramida son estimulantes de la motilidad gástrica y tiene aplicación terapéutica en la hipotonía e hipoperistaltismo que acompañan igualmente a los procesos inflamatorios.

El Clorhidrato de Metoclopramida o Primperán es el fármaco de elección en estos procesos; por su acción reguladora sobre la motilidad gástrica y las restantes porciones del tubo digestivo. (69)

La Ranitidina es un fármaco de elección por el desarrollo de agentes que antagonizan de forma selectiva la histamina a nivel de sus receptores en la célula parietal (bloque antes H₂), destaca la importancia de la histamina endógena en el control de la secreción ácida. (70)

b) En la colocación de sonda Nasogastrica es importante calmar los temores y ansiedades de la persona, enseñar al enfermo y familia el objetivo del tratamiento. Observar signos y síntomas que puedan indicar desplazamiento de la sonda. Observa y registrar con exactitud los efectos y resultados del procedimiento. (71)

Descubrir si está listo para este tipo de información. Independiente del método usado, ofrezca al paciente una explicación antes de iniciar la inserción.

Poner la sonda en hielo durante 15' antes de la inserción o en el refrigerador durante varias horas antes de usarla. El hielo hace que la sonda esté más rígida, por lo que se orienta con mayor facilidad durante su inserción.

(69) A . Stiges Creus, Manual de la Enfermera Tomo I, p. 443

(70) Smith. Reynard, Farmacología, p. 735

(71) Wieck L. King E.M. , Técnicas de Enfermería, p. 49 y 385.

c) Es de suma importancia que cuando el paciente presente el vómito debe ser asistido con prontitud acercándole un recipiente para tomar el contenido que expulse, ayudándole a que tome una posición cómoda para disminuir las molestias del vómito e informándole que efectúe respiraciones profundas ya que estas también mejoran las molestias del vómito y la ansiedad que presenta.

d) El cuidado bucal debe ser frecuente para disminuir la incomodidad por el tubo nasogástrico y eliminar la resequead de la boca; la resequead de las mucosas aumenta si el paciente recibe anticolinérgicos.

Evaluación

Al colocar la sonda nasogástrica, el paciente deja de vomitar ya que el contenido gastrointestinal drena por la sonda y si multaneamente mejora la distensión abdominal, mostrándose un poco mas cooperador el paciente y la mejoría se complementa ante la acción del medicamento.

Problema y/o Necesidad.

Ictericia Leve

Manifestación del Problema.

- Escleróticas de coloración amarillenta.
- Coloración oscura de la orina.

Razón Científica del Problema.

Cuando la concentración de la bilirrubina en la sangre aumenta anormalmente, por cualquier causa, todos los tejidos del cuerpo, incluidas la esclerótica y la piel, adquieren un color amarillo verdoso, cuadro que ha recibido el nombre de Ictericia. Este trastorno se observa clínicamente cuando la concentración de bilirrubina en suero excede de 2. a 2.5 mg /100ml. La concentración elevada de bilirrubina en suero y la ictericia son resultado de insuficiencia de captación hepática, conjugación de bilirrubina o excreción de la misma en el sistema biliar. (72)

Acción de Enfermería.

- a) Vigilancia de la coloración de la esclera.
- b) Vigilancia de la coloración de la orina.
- c) Vigilancia de los resultados de los exámenes de control de laboratorio (prueba de funcionamiento hepático).

Razón Científica de la Acción.

- a) Observar el grado de ictericia y registrar el avance o el retorno de este signo, se debe observar particularmente la esclerótica, las uñas, las encías y la piel. La ictericia avanza en dirección cefalocaudal, mientras más avance hacia los pies significa una mayor concentración de bilirrubina en la sangre.

b) La coloración de la orina cambia, con tendencia a oscurecerse (coluria), como consecuencia de la excreción de la bilirrubina conjugada a través de los riñones secundaria al incremento de la misma en la sangre debido a la obstrucción biliar existente en algunos casos de pancreatitis aguda. Sobre todo cuando se afecta principalmente la cabeza del páncreas que es la que tiene relación con la vía biliar principal.

c) En los exámenes de laboratorios su importancia radica en llevar un control objetivo de la elevación o disminución de la bilirrubina y amilasa. Ya que la disminución o elevación de estas tendrán relación con la evolución del padecimiento; en concordancia con la evolución del cuadro clínico.

Evaluación

Continúa con la ictericia la cual disminuirá o desaparecerá de acuerdo a la buena evolución clínica del paciente.

Problema y/o Necesidad.

Fiebre

Manifestación del Problema.

- Aumento de la temperatura corporal.
- Escalofrío.

Razón Científica del Problema.

Calor mantenido por un organismo viviente, expresado en grados, el balance entre el calor producido y el calor perdido.

Es la elevación de la temperatura corporal mas allá del límite normal. Las sustancias que producen la fiebre o pirógenos estimulan la producción del calor y aumentan los mecanismos de conservación. La vasoconstricción disminuye la actividad de las glándulas sudoríparas, aumentan el tono muscular y produce escalofrío. La temperatura corporal empieza a elevarse. (73)

Acción de Enfermería.

- a) Control de temperatura por medios físicos.
Colocación de compresas de agua fría.
Baño del paciente
- b) Control de temperatura por medios químicos.
Administración de Metamizol.
Administración de Antibióticos.
- c) Vigilancia de la curva térmica.

Razón Científica de la Acción.

a) El calor corporal se pierde por evaporación y conducción, tomar la temperatura, el pulso y la respiración antes de iniciar la colocación de compresas o baño, ya que sirven como datos básales para valorar la eficiencia del tratamiento.

Colocar una compresa húmeda fría en las ingles y axilas. La aplicación de frío sobre grandes vasos sanguíneos superficiales ayuda a disminuir la temperatura del cuerpo

El baño no debe exceder de 30'.

Suprimir el baño si la cianosis, el moteado y el escalofrío no cesan cuando se fricciona la piel. Pues estos síntomas indican un cambio del tono vasomotor. (74)

b) Administración de metamizol como antipirético. La disminución de la temperatura se debe a la dilatación de los vasos sanguíneos superficiales con aumento de la disipación del calor y no al decrecimiento en la producción del calor. La disminución de la temperatura puede ser precipitosa e ir acompañada de sudación profusa. El enfriamiento debido a la evaporación del sudor. El efecto antipirético, es mediado por la vasodilatación consecutiva a una "reposición" del centro de control hipotalámico de la temperatura. (75)

c) Es importante vigilar la curva térmica ya que nos ayuda a prevenir complicaciones posteriores.

La cefatoxima es una antibiótico bactericida semisintético de la familia de los B lactámicos y del grupo de las cefalosporina de tercera generación.

Evaluación

Primeramente se manejo con el control por medios físicos, al no ceder la fiebre, se aplico el medicamento y se inicio la aplicación de antibióticos, por lo que el paciente mejora notablemente, en cuanto al control de su fiebre en las primeras 36 horas posterior a su ingreso.

(74) Brunner, Manual de la Enfermera, p. 879

(75) Rosestein Ster Emilio y Cols., Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, p. 623

Problema y/o Necesidad.**Distensión Abdominal****Manifestación del Problema.**

- Vómito
- Disminución de la peristalsis
- Cólicos intestinales

Razón Científica del Problema.

Es el resultado de la acumulación de gases en intestinos. Aun cuando se interrumpe la ingestión, el aire deglutido y las secreciones gastrointestinales, llegan a estómago e intestinos; sino se desplazan como resultado del peristalismo, tiene lugar su acumulación en las asas intestinales, lo que causa distensión y sensación de plenitud o dolor en el abdomen. (76)

Acción de Enfermería

- a) Colocación de sonda nasogástrica
- b) Vigilancia del ayuno
- c) Movilización asistida en cama
- d) Deambulación asistida en lo posible

Razón Científica de la Acción.

a) En la colocación de sonda nasogástrica es importante calmar los temores y ansiedades de la persona, enseñar al enfermo y familia el objetivo del tratamiento. Observar signos y síntomas que puedan indicar desplazamiento de la sonda. Observar y registrar con exactitud los efectos y resultados del procedimiento.

Descubrir si está listo para este tipo de información. Independientemente del método usado, ofrezca al paciente una explicación antes de iniciar la inserción.

Poner la sonda en hielo durante 15´ antes de la inserción o en el refrigerador durante varias horas antes de usarla. El hielo hace que la sonda esté más rígida por lo que se orienta con mayor facilidad durante su inserción.

b) Vigilancia del Ayuno: Se debe vigilar que se interrumpa la ingestión para disminuir la formación y secreción de secretina.

c) Para evitar complicaciones y propiciar la mayor comodidad al paciente, garantizando su seguridad y de la enfermera. Facilitando su transporte. Cuando sabe lo que se le espera y se le explica la forma en que puede ayudar a realizar el procedimiento es más probable obtener cooperación. Explicar el objetivo de la actividad y la importancia que tiene para el paciente.

Si el paciente está invalido, coloque una sabana doblada o un cojín suave bajo las caderas para que pueda voltearse. (77)

d) La finalidad de esta acción es promover en el paciente sentimientos de bienestar mental, emocional y físico. Conservando un ambiente de seguridad para el enfermo.

Ayudar con la ambulación según el estado y evolución del paciente. Luego de la inmovilización puede ser necesario fortalecer y mejorar el tono muscular empleados en la ambulación antes de iniciar los primeros pasos.

Debemos ayudar a mejorar la fortaleza física del paciente así como ofrecerle una distracción de la rutina hospitalaria. Contribuyendo a su vez al potencial de rehabilitación del enfermo. (78)

Evaluación.

Después de colocada la sonda nasogástrica y la disminución del dolor, mejora poco a poco, favoreciéndole la movilización, la cual inicialmente es asistida y posteriormente se le invita a que inicie su deambulación en la medida que el dolor desaparece, cooperando mucho el paciente para realizar el procedimiento, con grandes avances.

Problemas y/o Necesidad.

Taquicardia

Manifestación del Problema

- Aumento de la Frecuencia cardiaca y pulso
- Ansiedad.

Razón Científica del Problema.

Latidos cardiacos anormalmente rápidos.

Es un cuadro que puede derivarse de fiebre, hemorragia, aguda anemia, choque, ejercicio, insuficiencia congestiva, cardiaca dolor, enfermedades hipermetabólicas, angustia o administración de fármacos simpaticomiméticos o parasimpaticólíticos.

Acción de Enfermería

a) Explicarle al paciente su padecimiento y la importancia de que se tranquilice..

b) Explicarle al paciente antes de cada acción de enfermería en que consiste esta.

Razón científica de la acción.

a) Es responsabilidad de la enfermera ayudar al paciente a adaptarse a la situación en curso y al mismo tiempo tratar de que conserve un sentido de su propia realidad.

b) Los procedimientos de enfermería nunca deben ser vistos como "rutinas" sino mas bien considerados como un proceso individual, relacionado con la atención de todas las necesidades del paciente. Básicamente nuestro paciente debe sentirse seguro, a gusto y aceptado en cualquier situación posible.

El mejor método para aliviar el miedo a lo desconocido es ofrecer una explicación adecuada. Con ello se establece confianza y seguridad, se produce bienestar, tranquilidad y se enriquece notablemente la relación personal. (79)

Evaluación.

Mejora notablemente la taquicardia que presento a su ingreso ya que al darle un poco de confianza al explicarle los procedimientos que se le van a realizar anticipadamente y al disminuir el dolor.

Problema y/o Necesidad

Ansiedad

Manifestación del Problema

- Temor al padecimiento que presenta.
- Temor al internamiento.

Razón Científica del Problema.

La tensión y la ansiedad aumentan la percepción propia del dolor. Los pacientes hospitalizados suelen tener reacciones emocionales inesperados a su padecimiento: El miedo a la enfermedad o a la muerte es una sensación que se debe enfrentar al entrar al hospital, sufrir una enfermedad en la casa o ser llevado a un hospital en situaciones que producen temor y ansiedad. Al convertirse en un caso o un número, en lugar de una persona. (80)

(79) Wieck L. King E.M. Técnicas de Enfermería, p. 7
(80) Ibidem; p.7 y 8

Acciones de Enfermería

- a)** Valorar la causa del temor que experimenta nuestro paciente a su ingreso y durante su hospitalización.
- b)** Calmar la intranquilidad del paciente, con respecto a su miedo por lo desconocido.
- c)** Inspirar confianza a nuestro paciente y familia.

Razón Científica de la Acción.

a) El ambiente desconocido para el enfermo y una sensación de aislamiento puede provocar estrés al recién llegado. Para las personas hospitalizadas es de gran importancia la capacidad para obtener asistencia rápida.

El mantener a la familia informada puede atenuar la ansiedad y facilitar la adaptación al hospital.

b) Mucha gente en un momento siente cara a cara la realidad de su propia mortalidad, su conducta puede ser influida por los valores que la sociedad confiere a la enfermedad y a la muerte. La enfermera debe permitir al paciente que exprese sus sentimientos acerca de estos temas y dar respuesta honesta a sus preguntas. Una necesidad importante para cada enfermo es sentirse aceptado como un miembro valioso de la sociedad, sin que se tome en cuenta su condición física. (81)

La enfermera puede expresar su interés por el paciente de muchas formas, por ejemplo: tocándolo con delicadeza o escuchándolo con atención. Antes que un enfermo se acepte a si mismo, debe sentir la aceptación de los demás.

c) Proporcionar al paciente y familia explicaciones amables acerca de las normas del hospital relativo a objetos de valor, horas de visita, televisores, teléfonos y cualquier otro elemento que pudiera disminuir su aprehensión y aumentar su comodidad.

También explicar las rutinas dentro del hospital. Cuando el paciente sabe lo que puede esperar se reduce el temor y aprehensión innecesarios, lo que permite concentrar su energía en la adaptación a la experiencia hospitalaria.

Proporcione toda la información al momento de ingresar el enfermo dentro del contexto de su importancia para él. (82)

Evaluación.

El temor y la ansiedad que presentaba la paciente disminuyó, se ve confiado y coopera satisfactoriamente. No es así cuando no se le explica primeramente o anticipadamente lo que se le va a realizar. Se torna hosco, rechazo de primera intención, pero se logra avanzar cuando se remota lo ya mencionado.

Conclusiones y Sugerencias.

1. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la pancreatitis en este paciente fue determinante para el buen pronóstico del mismo.
2. La valoración diaria por parte del personal médico ante cualquier eventualidad es importante, para actuar en consecuencia.
3. La aplicación oportuna de la terapéutica y de los cuidados integrales por parte de enfermería contribuyó al restablecimiento del paciente.
4. Fue sumamente importante revisar la bibliografía sobre el Proceso de Atención de Enfermería para conocer cada uno de los pasos que lo componen y facilitar así la elaboración del mismo.
5. Además me dejo como enseñanza lo relevante que es la realización de dicho proceso en cada uno de nuestros pacientes y lo importante que es la participación del mismo durante su atención.
6. También me dejo como enseñanza que nos mecanizamos tanto en las actividades diarias a realizar, que nos olvidamos de retomar y efectuar dichas actividades con fundamentos científico, con respeto, con honestidad y con un alto sentido humano para lograr la satisfacción de nuestro principal objetivo, nuestro paciente.
7. Reforzar la información relativa a la necesidad de una dieta con bajo contenido en grasas y evitar las comidas abundantes.
8. Orientar a la familia sobre el apoyo y vigilancia que debe tener con relación a la importancia de excluir por completo la ingestión de bebidas alcohólicas. una vez que ha cedido el ataque agudo y el enfermo regresa a su entorno habitual, por lo general tiende a reanudar sus hábitos previos.
9. Es necesario brindar información acerca de los grupos de apoyo que puedan ayudarlo a evitar el consumo de bebidas alcohólicas en el futuro. Enviarlo a grupos como Alcohólicos Anónimos.
10. El apoyo de la enfermera comunitaria está indicado para que se evalúe la situación hogareña del paciente, se refuercen instrucciones acerca del ingreso de líquidos y nutrientes y se evite el alcohol, además de posibilitar que el enfermo y familiares ventilen sus dudas y preocupaciones.

11. Cualquier aumento de los síntomas clínicos o reaparición de esteatorrea debe ser notificado de inmediato a su médico familiar a cargo.
12. La enfermera debe asesorar al paciente respecto al uso de analgésicos.
13. Propongo que retomemos todo lo ya mencionado aunando la enseñanza a nuestro paciente y a su familia ya que la enseñanza es importante para facilitar la comprensión apoyo e intervención de estos para lograr una pronta recuperación e integración a corto plazo a su familia que se encuentra en la misma situación de angustia y favorezca la interacción de la enfermera-paciente y familia.
14. Propongo que se realicen Procesos de Atención de Enfermería de los padecimientos mas frecuentes en cada uno de los servicios según la especialidad que maneje para facilitar el desarrollo o realización de Proceso de Atención de Enfermería.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

59

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alfaro Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería, Barcelona España,1989 ,ED. Doyna, 96 p.
- 2.- Bayler Raff Ellen, Lloyd Zusi Mary, Consultor de Enfermería Clínica, Ed. Oceano/Centrum, 237, 238, 239, 240, p.
- 3.-Brunner y Suddarth, Enfermería Médico Quirúrgica, Vol. I y II, 7a ed. ,Ed. Interamericana Mc.Graw-Hill, año 1994, 462,473,1032,1168 ,p.
- 4.- Cedric M.Smith, M.Reynard Alan, Farmacología, Ed. Medica Panamericana,1993, 735.p.
- 5.-C.Smeltzer, G.Bare Brenda, Enfermería Médico Quirúrgica de Brunner y Suddarth, Vol. I y II, 7a. ed. Ed. Interamericana. Mc Graw-Hill, 1994, 462, 473,1032,1168, p.
- 6.- Fuerst Wolf, Principios Fundamentales de Enfermería,12a, ed.,Ed. La Prensa Médica Mexicana,1980, 34,35,36,83,111, 180,370,p.
- 7.- Gutierrez Samperio Cesar, Fisiología Quirúrgica del Aparato Digestivo, ed., 1988, Ed.,Manual Moderno, 302,304,305,306,307,309,310,p.
- 8.- Instituto Nacional de Nutrición, "Salvador Zubiran", Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias, 3a ed., Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana año 1996, 191,192,193,194,195,p.
- 9.- King L.Wieck.E.M. Dyer, Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado, 3ra. ed., Ed. Interamericana Mc Gras-Hill, año 1988,7,8,9,49,152,157,385,439,458,459,704,p.
- 10.- Klusek Hamilton Helen, Bowen Rose Minnie, Procedimientos de Enfermería,1ra. ed., Ed. Nueva Editorial Interamericana, año 1986,8,238, 382,422,674, p.
- 11.- L. Moore Keith, Anatomía con Orientación Clínica, 3ra. ed., Ed. Médica Panamericana, año 1993, 197 p.
- 12.- Murray Mary Ellen, D. Atkinson Leslie, Proceso de Atención de Enfermería, 5ta. ed., Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1986, 83

13.- Mahoney Elizabeth Anne, y Cols., Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, 1a ed., Ed. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. 1986,83 p.

14.-Quiroz Gutierrez Fernando, Anatomía Humana, Tomo III, año 1993,México D.F.,Ed. Porrúa, S.A. 203-209 p.

15.-Rosestein Ster Emilio y Col. Diccionario de Especialidades Farmacéutica, 40a de, 1944, P.L.M. S.A. de C.V. (Una Compañía Medical Económica), 15,623.p.

16.- Stiges Creus A., Manual de la enfermera Tomo I y II ,3ra.ed. S.A. Barcelona. Ed. Toray, 1978, 403,411,443,554,591. p.

17.-Skand E. John, Lakis, Stephen W. S. Rowe Gray Jooseph, Jr. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General, 2a. ed. Ed. Mc Graw-Hill, 1985,141,152, 153,154, p.

18.- Sodeman W.A./T.M: Sodeman, Fisiopatología Clínica de Sodeman, 7a. ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1988, 941p.

19.- Sholtis Brunner Lillian, Smith Suddarth Doris, Manual de la Enfermera, 4ta. ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 1991, 554,879 p.

20.-. Tatárinov V.G., Anatomía y Fisiología Humana,3ra.ed., Ed. Mir Moscú, año 1980, 134 p.

21.- T. Nordmark Madelyn y Cols., Bases Científicas de la Enfermería,2a ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana; 1979,153.p.