

49

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“Aplicado a una paciente con el diagnóstico de deterioro en la movilidad física, relacionado a cirugía por pancreatitis aguda, manifestada por dolor intenso, disnea, incapacidad para incorporarse, debilidad de extremidades, postración y variación en las constantes vitales.”

Que para obtener el título de:

Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Presenta:

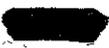
CASTREJON MORALES CELINA.

No. Cta. 0- 9761024-3

Director del Trabajo



Lic. María Magdalena Mata Cortés

México, D. F Agosto  2001

2001 3



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 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.

INTRODUCCIÓN.	
JUSTIFICACIÓN	
OBJETIVOS	1
I MARCO TEÓRICO	
1.1 Proceso Atención de Enfermería.	2
1.2. Concepto de enfermería.	2
1.3. Etapas del P.A.E.	3
1.3.1 Valoración.	3
1.3.1.1 Observación.	4
1.3.1.2 La entrevista.	4
1.3.1.3 Historia clínica de Enfermería.	5
1.3.1.4 Examen Físico.	6
1.3.2 Diagnóstico de Enfermería.	7
1.3.3. Planeación.	8
1.3.3.1 Prioridades y objetivos.	9
1.3.3.2. Participación del Paciente.	12
1.3.4. Ejecución.	13
1.3.5 Evaluación.	15
1.4. GENERALIDADES SOBRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.	
1.4.1. Fuentes teóricas.	16
1.4.2. 14 necesidades básicas.	17
1.4.3. principales conceptos y definiciones.	18
1.4.4. método lógico empleado para su desarrollo.	19
1.4.5. Formación.	19
1.4.6. eje central del modelo.	19
1.5. DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.	
1.5.1 Definición.	20

1.5.2. Consideraciones Generales.	20
1.5.3. Factores de riesgo.	20
1.5.4. Epidemiología.	21
1.5.5. Fisiopatología.	21
1.5.6. Manifestaciones clínicas.	22
1.5.7. Diagnóstico.	23
1.5.8. Diagnóstico diferencial.	24
1.5.9. Complicaciones y secuelas.	24
1.5.10. Tratamiento.	24
1.5.11. Pronóstico.	26
II METODOLOGÍA.	
2.1 Valoración.	28
2.2. Diagnóstico de Enfermería.	34
2.3. Planeación.	34
2.4 Ejecución.	34
2.5. Evaluación.	35
III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	
3.1. Presentación del caso.	36
3.2. valoración.	36
3.3. Diagnóstico de enfermería.	46
3.4. Planeación.	47
3.5. Ejecución.	51
3.6. Evaluación.	67
IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	68
V GLOSARIO.	71
VI BIBLIOGRAFÍA.	75

INTRODUCCIÓN

Los objetivos y características de la atención de Enfermería son muy diversos y variados, tanto como lo son las personas, familias o comunidades destinatarias de la misma, sus necesidades específicas y los eventuales problemas de salud que presenten. Desde una perspectiva holística, que tome en consideración todas las dimensiones del individuo y su entorno; para ello se deben de tener en cuenta, sus necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales, y espirituales del ser humano, como lo contempla Virginia Henderson.

Por lo tanto deducimos que cualquier factor que impida o dificulte la satisfacción de tales necesidades ya sea interno (individual) o externo (entorno) priva al individuo de su total autonomía y puede requerir una actuación de enfermería destinada al restablecimiento de la salud en su sentido más amplio.

La enfermera se prepara hoy en día para estos retos que la misma profesión origina, por ello y para ello es necesario la fundamentación y reglamentación del cuidado enfermero.

Para cumplir sus cometidos fundamentales, la enfermería práctica requiere la concepción y aplicación de un modelo o método a partir del cual se puedan estructurar de una manera eficaz todas las intervenciones desde el primer contacto con el paciente hasta la finalización de las actividades encuadradas dentro de su ámbito de responsabilidades. El modelo plenamente aceptado en la actualidad corresponde al método científico, que en enfermería se traduce en el *Proceso Atención de Enfermería* con el propósito de precisar y solventar de manera eficaz las necesidades de cada paciente.

En este caso el Proceso de Atención Enfermería se aplica a una paciente posoperada de pancreatitis aguda adaptado al modelo de Virginia Henderson identificando sus necesidades planteadas en su teoría.

En el presente trabajo se presenta un amplio panorama de lo que es la patología, las generalidades de Henderson y el instrumento que define los criterios a evaluar en la paciente que cursa su estancia hospitalaria en el servicio de cirugía general del Hospital General de Xoco.

Las etapas con las que cuenta el Proceso atención Enfermería son:

Valoración, que es el primer paso del proceso de cuidados y el más importante, es la recolección de datos que consiste en la recopilación de información basada en la observación y en la entrevista al paciente de manera directa, así como de toda fuente secundaria disponible.

Para ello se cuenta con tres fuentes principales de recolección de información, que es, la consulta de las fuentes secundarias de información, la observación, la entrevista y la exploración física, con el fin de obtener una recolección de datos clara y eficaz que nos lleve a un diagnóstico de enfermería y a una detección de necesidades fidedignas del paciente¹

La observación se define como la capacidad de captar a través de los sentidos los detalles del mundo exterior, se ejerce por medio del análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración.

La entrevista es un medio de comunicación que constituye una auténtica técnica de observación en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de interés, pero donde también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse

¹ Enciclopedia de la enfermería. Procedimientos y técnicas, Vol. 1 pág. 3

libre y espontáneamente, animándolo así mismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones.

La historia clínica de enfermería, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de la consulta, debe proporcionar datos generales en una historia clínica que incluye información de carácter general, características personales, hábitos, sistemas de apoyo, antecedentes personales y familiares, estado físico, datos biológicos y datos psicosociales.

La exploración física, permite obtener datos objetivos de la máxima importancia para contrarrestar la información subjetiva brindada por el paciente sobre su dolencia, y así, sentar unas sólidas bases para establecer la orientación diagnóstica.

El *diagnóstico de enfermería* es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, o problemas de salud, procesos vitales, reales o potenciales.

Los tipos de diagnóstico que se pueden encontrar de acuerdo a la taxonomía de la NANDA son: a) Reales, b) De alto riesgo, c) Posibles, d) de bienestar o de síndrome.

En este proyecto para la realización de los diagnósticos de enfermería se utiliza el formato (P + E + S) Problema + Etiología + Signos y Síntomas.

Planeación. En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente.

La planeación consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

Ejecución. Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente, al menos idealmente hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación pueden intervenir, según sean las necesidades, posibles y disponibilidades, del paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Evaluación. Es la última fase del proceso de atención de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados del plan de cuidados.²

Cada una de las etapas se desarrolla de acuerdo a la metodología e instrumentos diseñados para tal fin, empleando el modelo de Virginia Henderson, jerarquizando necesidades de acuerdo a los signos y síntomas que presenta la paciente a quien se aplica el Proceso Atención de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de Atención de Enfermería, hoy en día es un instrumento metodológico de gran utilidad para la enfermera y el desarrollo de la profesión en sí.

Para el desarrollo de la profesión de enfermería en las últimas décadas, tanto en sus aspectos teóricos como organizativos y asistenciales son de vital importancia las aportaciones que han hecho las grandes teóricas en enfermería, es por ello que para el desarrollo del presente Proceso de atención de enfermería aplicado a una paciente posoperada de pancreatitis aguda se toma el modelo de Virginia Henderson, que a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de la enfermería.

De manera particular este proceso lo desarrollo con el fin de obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

² Op Cit. Enciclopedia. Pág. 7

OBJETIVO GENERAL:

Realizar un Proceso Atención de Enfermería aplicado a una paciente posoperada de pancreatitis aguda, identificando sus necesidades reales, estableciendo el plan de cuidados, utilizando el modelo de Virginia Henderson y brindar calidad de atención al paciente.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- _ Realizar la valoración de la paciente posoperada de pancreatitis aguda con la finalidad de determinar sus necesidades primordiales.

- _ Orientar hacia la optima coordinación de las diferentes intervenciones del equipo sanitario en beneficio de la paciente posoperada de pancreatitis aguda proporcionando una rápida y adecuada solución a su problema de salud.

- _ Lograr con este proceso una atención de enfermería que proporcione calidad y calidez a la paciente posoperada de pancreatitis aguda.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Proceso atención de Enfermería.

“Proceso continuo, integrado por diferentes etapas o fases, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo fundamental la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar del paciente”.¹

La definición dada por la OMS (1977) declara:

“El Proceso de Atención de Enfermería es un termino que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias y las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de las necesidades de salud del paciente/ cliente/ familia o de la comunidad, así como de su utilidad para escoger aquellas que se puedan cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir estas necesidades la administración de unos cuidados y la evaluación de los resultados.”²

1.2. Concepto de enfermería:

“Disciplina científica dedicada a lograr el bienestar humano y social, ayuda a la realización de estos aplicando sus conocimientos y habilidades científicas, al cuidado de los enfermos, al mejoramiento y restauración de la salud y a la prevención de las enfermedades.”

Según Henderson, la función específica del personal de enfermería consiste en ayudar a las personas, enfermas o no, a realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación (o a una muerte tranquila) actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario. Además esta contribución específica de la enfermería

¹ Ibidem, Enciclopedia Pág. 3

salud o a la recuperación (o a una muerte tranquila) actividades que los pacientes podrían realizar sin ayuda si tuvieran la fuerza, el deseo o el conocimiento necesario. Además esta contribución específica de la enfermería ayuda a las personas a volver a ser independientes de la misma en el menor tiempo posible.”³

La asistencia de enfermería no sólo es necesaria en momentos de enfermedad, si no también para proporcionar el bienestar. En el pasado, la atención de enfermería se centraba en la asistencia de los enfermos hospitalizados durante las fases agudas o crónicas de su enfermedad y durante la rehabilitación.

Sin embargo en la actualidad la práctica de enfermería incluye también la promoción y el mantenimiento de la salud y la asistencia en la muerte.

Cada vez es más conocido el cuidado de enfermería, es un factor clave para la supervivencia del paciente y para los aspectos relacionados con el mantenimiento, la rehabilitación y la prevención de la salud. “En 1980, la Asociación Norteamericana de enfermería (ANA) publicó la declaración de política social; en ella se definía la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo a problemas actuales y potenciales de salud, en combinación con los estándares ANA sobre la práctica”.⁴

1.3. Etapas del Proceso atención de Enfermería. (P.A.E).

1.3.1. Valoración.

La valoración es el primer paso del proceso de cuidados y el más importante, es la recolección de datos que consiste en la recopilación de información basada en la observación y la entrevista al paciente así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un

² Hinchliff, Susan M “Enfoques del cuidado de Enfermería” en Antología Proceso de atención enfermería 1997. Pág. 39

³ FERNÁNDEZ, Ferrin Gloria “Proceso de atención enfermería, Estudio de Casos”. Ediciones científicas y técnicas S.A Masson, Salvat 1^{ra} edición 1993, Pág. 10

⁴ MARRINER, Toney Ann “El proceso de Atención Enfermería con un enfoque científico” Traducción de la 2^a edición, Dr. Alfonso Téllez Vallejo, Editorial Manual Moderno, México, D F 1990. Pág. 37.

conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

La valoración se sitúa al principio del proceso y de ella depende su desarrollo; desde la puesta en marcha de este instrumento la recolección de datos se convierte en un proceso continuo de recogida de información. En efecto a lo largo de su trabajo la enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos al paciente.

Para ello se cuenta con tres medios principales para la recolección de información "la consulta de las fuentes secundarias de información, *la observación, la entrevista y la exploración física.*

1.3.1.1. La Observación

Se define como la capacidad de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior; se ejerce por medio del análisis de las percepciones que realiza la inteligencia a la luz de las experiencias del pasado; pero este proceso se basa esencialmente en la atención y en la concentración. Se puede afirmar que en los cuidados de enfermería, la observación consiste en considerar al cliente y a todo lo que se relaciona con él, con una atención expresa y continua que nos permite conocerlo mejor. ⁵

La observación es una técnica conciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo y de un enfoque organizados. Los datos se recogen a través de los sentidos, sin embargo las enfermeras utilizan preferentemente la vista aunque todos están involucrados ⁶

1.3.1.2. La entrevista.

La entrevista es un método de comunicación que constituye una autentica técnica de observación, en la cual se plantean preguntas directas sobre los puntos de

⁵ PHANEUF, Margot "Cuidados de enfermería". Tr Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Edit Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1993. Pág. 59.

⁶ KOZIER, Barbara "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y prácticas" 2^{da} edición Editorial Interamericana, México, 1989, Pág. 112

interés, pero donde también se brinda al paciente la oportunidad de expresarse libre y espontáneamente, animándolo así mismo a manifestar sus sentimientos y preocupaciones. El cuestionario debe cubrir diversas áreas de interés. También debe tenerse en cuenta la información de fuentes secundarias como familiares e integrantes del entorno del paciente, así como los datos registrados en la historia clínica.⁷

Se sobre entiende que el objetivo de este documento es recoger información que permita descubrir las necesidades que permanecen insatisfechas en el paciente y las distintas manifestaciones de dependencia que las determinan. Este es un instrumento por excelencia de la personalización de los cuidados.⁸

1.3.1.3. Historia clínica de enfermería.

Además de averiguar lo relacionado específicamente con el motivo de la consulta, debe procurarse la obtención de datos generales en una historia clínica que recopile información sobre los siguientes ámbitos.

- Información de carácter general: nombre, edad, sexo, estado civil y domicilio.
- Características personales: idioma, raza, religión, nivel socioeconómico y ocupación.
- Hábitos: Estilo de vida, tipo de alimentación, hábitos de defecación, pautas habituales de ejercicio o actividad física, hábitos de descanso, relajación y sueño, higiene personal, ocio y actividades recreativas.
- Sistemas de apoyo: familiar, comunitario y social.
- Antecedentes personales y familiares relacionados con la salud: Antecedentes hereditarios, enfermedades pasadas y actuales, embarazos, intervenciones quirúrgicas y accidentes.
- Estado físico: Constantes vitales, peso y talla.

⁷ Ibidem Enciclopedia Pág 5

⁸ Op Cit PHANEUF Pág 86

- Datos procedentes de los diferentes métodos de exploración física general. (Inspección, auscultación, palpación y percusión). Que reflejan la situación actual del paciente.
- Datos biológicos: Grupo sanguíneo y Rh, déficit sensoriales o motrices, alergias, uso de prótesis, resultados de pruebas disponibles, etc.
- Datos psicosociales: Nivel de estrés, ansiedad, sufrimiento o confort, estado emocional y mental, situación de crisis, grado de autonomía, nivel de comunicación, adaptación personal y cultural.⁹

1.3.1.4. Examen Físico.

La exploración física permite obtener datos objetivos de la máxima importancia para contrarrestar la información subjetiva brindada por el paciente sobre su dolencia y, así, sentar unas sólidas bases para establecer la orientación diagnóstica. En esta etapa de valoración, debe recabarse toda la información que pueda ser de utilidad para tal finalidad, desde la determinación de las constantes vitales que presente el paciente en el momento del examen hasta los datos procedentes de diversos métodos de inspección, auscultación, palpación y percusión que reflejan su estado actual.¹⁰

El examen debe de ser sistemático. Un enfoque habitual es el examen cefalocaudal, de la parte superior a la inferior, comienza por la cabeza y termina por los dedos de los pies. El objetivo es identificar las capacidades individuales, tanto fisiológicas como psicosociales. En contrario con el médico que lo orientará hacia la enfermedad.

El examen visual se denomina inspección, se hace por áreas ordenadamente, la exploración también puede llevarse a cabo por medio de palpación mediante esta técnica es posible valorar la dureza, el tamaño, la textura, la inflamación y la

⁸ Op Cit PHANEUF Pág. 86

⁹ Ibidem. Enciclopedia, Pág. 5

¹⁰ Ibidem. Enciclopedia, Pág. 11

movilidad de un órgano interno. La percusión se realiza golpeando suavemente con la yema de los dedos. La auscultación consiste en escuchar los sonidos del interior del cuerpo.

1.3.2. Diagnostico de Enfermería.

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo familia y comunidad, problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. El diagnostico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de lo que es responsable la enfermera. ¹¹

Los tipos de diagnostico que se pueden encontrar de acuerdo con la taxonomía de la NANDA son: a) reales, b) de alto riesgo, c) posibles, d) de bienestar o de síndrome.

En este caso se desarrollara lo que estipula el formato (P+E+S) Problema + Etiología + Signos y síntomas.

El diagnostico de enfermería es el punto prioritario para establecer la situación y las necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos. Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atenciones adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto de equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los

potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación. Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía del paciente; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo; establecer prioridades y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden Biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del diagnóstico de enfermería ¹²

1.3.3. Planeación.

Una vez identificadas las capacidades y los problemas, se comienza a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reducirá o eliminará los problemas y promoverá la salud.

En esta fase sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración y en el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el proceso enfermería. Es posible que en una situación aguda o de amenaza para la vida la decisión de las intervenciones requeridas deba ceñirse a los procedimientos indispensables o inmediatos, pero en la mayor parte de los casos es posible llevar a cabo una planificación más detallada; en aquellas situaciones en donde se impone actuar

¹¹ CARPENITO, Linda. Diagnóstico de enfermería 2^{da} ed Editorial Interamericana, México D.F 1988 Pág 465.

¹² Ibidem, Enciclopedia, Pág. 7

sin dilación, la planificación global se postergará al momento con que se cuente con todos los requisitos indispensables.¹³

1.3.3.1. Prioridades y objetivos.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería. Los objetivos indican lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería describen la forma en que el profesional de enfermería puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos.¹⁴

En primer lugar, la fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes de otros más raros. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para solventar los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de dependencia. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: de índole psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, mediano o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales o de objetivos permanentes, según las características de cada caso.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar, con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para poder conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse al propio enfermo y sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia del enfermo.

¹³ Ibidem Enciclopedia, Pág. 8

¹⁴ IYER, P. W. B. J. Taptich, D. Bermocchi-Iosey. “Proceso de diagnóstico de enfermería” Ed. InteramericanaMc Graw Hill 3^{ra} edición Pág. 149.

También deben planificarse los elementos de vigilancia y evaluación, para lo cual es necesario que los objetivos de intervención sean personalizados y mensurables.

El plan de cuidados, además de ser una herramienta básica para el trabajo del profesional que tiene a su cargo al enfermo, constituye también un instrumento de comunicación y de unificación de las intervenciones del equipo de salud, lo que resulta de suma utilidad para potenciar la actividad coordinada de todos los miembros y garantizar la eficacia y continuidad de los cuidados.

Como ya se ha dicho, la planificación consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

1. Establecimiento de prioridades.

¿ Que problemas necesitan atención inmediata? ¿Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados? ¿ Que problemas deben derivarse? ¹⁵

Una meticulosa valoración de enfermería es capaz de identificar numerosas respuestas reales, o potenciales que exigen una actuación de enfermería.

El mecanismo más habitual para el establecimiento de prioridades es la jerarquía de necesidades desarrollada por Maslow (1943) y modificadas por Kalish (1983).

- a) Necesidades de supervivencia.
- b) Necesidad de estimulación.
- c) Seguridad.
- d) Amor y pertenencia.
- e) Autorrealización.

2. Redacción de objetivos.

¿ Que es exactamente lo que la enfermera y el paciente desean conseguir y en que momento desean lograrlo?

Los objetivos son un componente importante de la fase de planificación del proceso de enfermería. También se pueden llamar objetivos meta y objetivos de la conducta.¹⁶

3. Desarrollo de las acciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir los objetivos, se basan en el factor o factores identificados en las exposiciones de diagnóstico de enfermería.

Tipos de intervención de enfermería:

a) Independientes.

b) Interdependientes.

a). Son las actividades que pueden llevar a cabo los profesionales de enfermería sin ninguna indicación médica. El tipo de actividad que el profesional de enfermería puede ordenar de forma independiente están definidas por los diagnósticos de enfermería. Esto en respuesta a que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y experiencia.

b) Definen las actividades que el personal de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud.¹⁷

4. Documentación del plan.

La cuarta etapa de planificación es el registro de los diagnósticos de enfermería, de los objetivos y de las intervenciones de una forma organizada. Esto se consigue mediante la documentación del plan de cuidados.

El plan de cuidados es un método de comunicación y de información importante sobre el paciente. El formato del plan ayuda a procesar la información obtenida durante las fases de valoración y diagnóstico.¹⁸

¹⁵ ALFARO, Rosalinda *Aplicación del proceso de enfermería*. Edit. Oyma, Barcelona España. 1989 Pág. 7

¹⁶ Ibidem. MARRINER Pág. 57

¹⁷ Ibidem. FERNÁNDEZ. Pág. 22

¹⁸ Ibidem. IYER, Pág. 184

El plan sirve de centro receptor cuando lo utiliza para documentar los resultados de la fase de planificación. Facilita la comunicación mediante la identificación de información oportuna. También proporciona un mecanismo para la evaluación de los cuidados prestados. El desarrollo de planes de cuidados exige habilidades de valoración, diagnóstico, razonamiento crítico y comunicación.

El objetivo del plan de cuidados sirve como anteproyecto para dirigir las actividades de enfermería hacia el cumplimiento de las necesidades de salud del paciente. Proporciona un mecanismo para la prestación de una atención constante y coordinada y se utiliza como un instrumento de comunicación entre los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo de salud. Además proporciona normas para la documentación de las notas de enfermería y para la evaluación de la eficacia de los cuidados.¹⁹

1.3.3.2 Participación del paciente.

Es de vital importancia, en la formulación del plan de cuidados, contemplar siempre que sea posible y en función de su estado de salud física y mental, la colaboración del paciente. La cooperación del propio enfermo en la confección del plan de atenciones, tanto en lo referente a la estipulación de prioridades como en lo que respecta a la determinación de los cuidados oportunos, resulta de la máxima utilidad a la hora de solicitar su participación activa durante el curso del proceso.

En muchas ocasiones el personal de enfermería en una labor eminentemente pedagógica puede resolver la falta de conocimientos del paciente o enseñarle como resolver problemas mediante instrucciones, ejemplos y supervisión de ensayos, de tal modo, que incremente su independencia y se encargue de cubrir parte de los cuidados incluidos en la planificación global. Lo mismo cabe decir respecto de los familiares, que pueden colaborar de una manera activa y eficaz si se hacen partícipes del plan de actuaciones.

¹⁹ Ibidem. ALFARO Pág. 35

En cualquier caso siempre debe informarse al paciente y a sus allegados del plan de enfermería, describiendo las intervenciones que se desarrollaran y solicitando una colaboración activa cuando sea factible, preciso o conveniente.

1.3.4. Fase de ejecución.

Esta etapa corresponde a la puesta en marcha del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente al menos idealmente, hacia la optima satisfacción de necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería, y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve el máximo de los cuidados planeados, aunque tal ideal no siempre es accesible. De todos modos, aún cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzca una evolución positiva se intentara que la responsabilidad pase progresivamente al paciente, que de este modo ira adquiriendo dependencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el personal de enfermería.

En esta fase, la relación entre el personal de enfermería y el paciente adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tender a la resolución de los problemas concretos de salud del paciente, si no que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. Siempre debe tenerse presente que tan importante es la aplicación de las técnicas medico-quirúrgicas como factores tales como la comunicación, la comprensión y el apoyo psicológico, y emocional de la persona que sufre.

Durante la fase de ejecución, la comunicación entre el personal de enfermería y el paciente, verbal o no verbal, adquiere una importancia excepcional. Deben explicarse con detalle los cuidados requeridos y la forma de ejecución, las rutinas del centro, las exploraciones y los tratamientos a que debe someterse. En todo

momento, debe intentarse una comunicación pedagógica, con intención de enseñanza, ya sea de cuidados generales (alimentación, higiene, prevención de enfermedades y recursos para potenciar la salud) o bien de actuaciones específicas relacionadas con el padecimiento concreto del paciente y sus limitaciones.

Cabe destacar que a lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza generalmente como guía, puesto que se continúa obteniendo información sobre el estado del paciente, y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder, resulta fundamental registrar todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del paciente ante su aplicación, dado que sólo de esta forma podrá evaluarse de forma idónea la eficacia del plan.

Para PHANEUF, el plan de acción implica las siguientes actividades:

1. Valorar el estado actual del paciente.

¿El plan de cuidados escrito continua siendo el apropiado? ¿ Hay nuevos problemas? ¿ Hay algún cambio que requiera alguna modificación en el plan?

2. Realizar las intervenciones y actividades prescritas durante la fase de planificación.

3. Seguir valorando al paciente.

Determinar las respuestas iniciales a sus acciones, ¿ Cual ha sido la respuesta? ¿Es la que se esperaba? ¿Hubo alguna valoración? ¿ Tiene que cambiar algo?. Para introducir cambios no tiene que esperar el momento fijado formalmente para la evaluación si es obvio que debe hacerlos hoy.

4. Comunicar y anotar.

Comunicar cualquier cambio que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional, anotar las actividades de enfermería, la respuesta del paciente y otros datos significativos de valoración. Una enfermera no estará ahí las 24 horas del día y las demás enfermeras, como profesionales de la salud

necesitan saber como evoluciona el paciente y como esta actuando el plan de cuidados.²⁰

1.3.5. fase de evaluación.

Es la última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente. Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas e incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo.

Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos, y requiere de una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades. Para que tal labor sea eficaz, es preciso tener previstos y respetar ciertos plazos de evaluación diversos, según sean los objetivos (cada tantas horas, cada tantos días) dado que sólo así pueden determinarse las tendencias de la evolución del paciente y de los resultados de las actuaciones

En conjunto la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también las reacciones del paciente a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo el proceso desarrollado.

El momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de los objetivos propuestos, pero a la par pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones a la modificación del plan establecido. Así se completa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería.

²⁰ Ibidem. PHANEUF. Pág 48

Para ALFARO “La evaluación es un proceso de valorar”:

1. El progreso del paciente hacia los objetivos de salud.
2. La calidad de atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria.
3. La calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoevaluación, así como el desempeño personal completo.

La enfermera y el paciente deben decidir si el plan ha sido eficaz y si hay que hacer algún cambio”.²¹

1.4. GENERALIDADES SOBRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

1.4.1 Fuentes teóricas.

Henderson considera su trabajo una definición más que una teoría su interpretación es como la síntesis de muchas influencias positivas y otras negativas Caroline Stackpole.- le transmitió la importancia de mantener un equilibrio fisiológico.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación.

Lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas le llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad propia.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de enfermeras, no definían de forma clara cuales eran sus funciones y que sin este

²¹ Ibidem. ALFARO Pág. 39

elemento primordial para ella no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

Para Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enferme, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimientos o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.²²

A partir de esta definición se extrae una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

PERSONA.

Necesidades básicas.

SALUD.

Independencia

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

ROL PROFESIONAL.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

ENTORNO.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

1.4.2. Henderson identifica 14 necesidades básicas.

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

²² **FERNANDEZ. FERRIN**, Gloria Novel Martí. "Proceso Atención de Enfermería. Estudio de casos". Ediciones científicas y técnicas, S. A. Masson, Salvat 1ª edición. 1993. Pag. 1-10.

1. Necesidad de oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Descanso y sueño.
6. Usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Vivir según sus creencias y valores.
12. Trabajar y realizarse.
13. Jugar, participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.²³

1.4.3. Principales conceptos y definiciones

- Equipara la salud con la independencia.
- Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería.
- La calidad de la salud más que la vida misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de manera más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.
- La mente y el cuerpo de la persona son inseparables.
- La salud representa la calidad de vida.
- La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.
- Los médicos utilizan las observaciones y recomendaciones de las enfermeras como base para la prescripción de dispositivos protectores.

²³ Ibidem. FERNÁNDEZ Pág 15

- Las enfermeras deben conocer los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.
- La enfermera trabaja en independencia con otros profesionales sanitarios.

La enfermería se modifica con la época en la que se ejerce y depende de lo que hagan los demás trabajadores sanitarios.

1.4.4. Método lógico empleado para su desarrollo.

- El método que ha utilizado es deductivo del razonamiento lógico para desarrollar su definición de enfermería.
- Deduce su definición y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos.
- Las 14 necesidades básicas corresponden fielmente a las necesidades humanas de Maslow, pero las primeras fueron concretadas antes de la obra de Maslow.

1.4.5. Formación.

- La enfermera necesita el tipo de formación de colegio y universidad para ejercer como una experta por derecho propio y para que utilice el planteamiento científico para mejorar el ejercicio profesional.

1.4.6. Eje central del modelo.

1. Gira alrededor de los 14 componentes de la asistencia de enfermería (Necesidades físicas y componentes psicosociales).
2. Formación de la enfermera en áreas sociales y biológicas para atender mejor al paciente.

Henderson piensa que el valor de la formación no precede sólo de los conocimientos que se adquieren si no de la confianza sobreañadida que el individuo desarrolla en la institución de formación superior.²⁴

²⁴ UNAM-ENEO Teorías y modelos para la atención de enfermería. Antología, por Rubio Domínguez Severino Pág. 13

1.5. DESARROLLO DE LA PATOLOGÍA.

PANCREATITIS AGUDA

1.5.1. definición.

Es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor abdominal, elevación de amilasa serica u urinaria o ambas, lipasa sérica o manifestaciones sistémicas y complicaciones bien establecidas de presentación heterogena y diagnóstico difícil.

1.5.2. Consideraciones generales:

La enfermedad inflamatoria del páncreas puede clasificarse como: 1) Pancreatitis aguda y 2) pancreatitis crónica. El espectro anatomopatológico de la pancreatitis aguda varía desde la pancreatitis edematosa, que suele ser un trastorno leve y de evolución limitada, hasta la pancreatitis necrotizante en el cual el grado de necrosis del páncreas guarda relación con la gravedad del ataque y con sus manifestaciones generales. El término pancreatitis hemorrágica es menos útil desde el punto de vista clínico, ya que existen diversos grados de hemorragia intersticial en las pancreatitis y en otros trastornos, como por ejemplo los traumatismos del páncreas, el carcinoma pancreático y la insuficiencia cardiaca congestiva grave.

La incidencia de la pancreatitis varía según los países y depende de la causa.

1.5.3. Factores de riesgo:

- Alcohol y cálculos biliares en el 65 a 80 %
- Vinculada con obesidad como rasgo común para pancreatitis grave con mortalidad de 36 % y del 6 % en no obesos.
- Entre otros factores; enfermedades del tejido conectivo, medicamentos o causas metabólicas, como hipercalcemia, hipertrigliceridemia, infecciones virales, Parasitosis, traumatismos abdominales, cirugías torácica y abdominal, CPRE y algunas enfermedades relacionadas con el sida.

1.5.4. Epidemiología.

- El 42 % de los casos se diagnostican sólo por necropsia.
- La tasa aparente de mortalidad es de 12.7 % y la tasa real es de 22 %
- La tasa de diagnósticos positivos falsos es de 40 %.
- La incidencia varía entre 100 y 242 por millón.
- La pancreatitis biliar es más frecuente en mujeres, la alcohólica en el varón.
- Es más frecuente entre la tercera y cuarta década en los varones y entre la quinta y sexta década en la mujer.
- La mortalidad es de 9 a 11 %, la pancreatitis alcohólica produce menor mortalidad que la biliar (3 a 12 % Vs 20 % respectivamente).

1.5.5. Fisiopatología.

Existen cuatro teorías que tratan de explicarla.

1. Reflujo de bilis.
2. Activación de enzimas pancreáticas antes de su secreción de la célula acinar.
3. Obstrucción del conducto.
4. Reflujo del contenido duodenal.

La etiología más frecuente de la pancreatitis aguda es la siguiente:

- A) Abuso del alcohol. Es responsable hasta del 70% de los casos en Estados Unidos.
- B) Cálculos vesiculares. Ocasionalmente la mayoría de los restantes casos de pancreatitis aguda, su patogenia está relacionada probablemente con la impactación de un cálculo en la ampolla de Vater o con su paso por ésta.
- C) Traumatismos. Pueden ser traumatismos cerrados o quirúrgicos, especialmente en las intervenciones sobre las vías biliares, estómago o algún otro punto de la región superior del abdomen.
- D) Fármacos. Por ejemplo. Azatioprina, tiacidas, sulfamidas, posiblemente esteroides.
- E) Infecciones. Por ejemplo: paramixovirus, virus coxsackie y citomegalovirus.

- F) Úlcera péptica. La penetración de una úlcera duodenal o antral, en el páncreas da lugar a una pancreatitis localizada.

G) Causas metabólicas.

- _ Hipertrigliceridemia.
- _ Hipercalcemia (por ejemplo: Hiperparatiroidismo) inducido por fármacos.
- _ Insuficiencia renal.
- _ Después de trasplante renal.
- _ Esteatosis hepática aguda del embarazo.

H) Hereditaria. Se trata de un proceso familiar de herencia autosómica dominante, que se caracteriza por brotes repetidos de dolor abdominal, calcificaciones pancreáticas e insuficiencia exocrina (mal absorción) y endocrina (diabetes) .

I) De origen idiopático.

1.5.5. Manifestaciones clínicas:

- El síntoma predominante es el dolor abdominal en el 90 a 95 %.
- Puede ocurrir pancreatitis sin dolor en un 2 %.
- Se presenta dolor epigástrico (95 %) y puede irradiarse hacia los cuadrantes derecho, izquierdo o dorso del abdomen (50 %).
- Cuando el dolor se localiza en el cuadrante superior derecho, sugiere la etiología de cálculo.
- El pico de intensidad del dolor se alcanza 30 minutos o 6 horas y dura un día o más, se reduce en decúbito lateral con las piernas flexionadas hacia la región pectoral.
- La náusea y el vómito se presentan en un 70 a 90 % de los pacientes.
- Confusión mental, delirium tremens en un 25 a 30 % de los casos.
- La fiebre se presenta en un 70 a 85 % de los casos.

- La ictericia es rara y cuando se presenta suele deberse a edema de la cabeza del páncreas que comprime la porción intra pancreática del conducto colédoco.
- Los signos de Grey-Turner y Cullen en menos de 5 % de los pacientes.

1.5.7. Diagnostico.

a) *Presentación clínica.*

Es característico que los pacientes con pancreatitis aguda presentes un dolor intenso en la parte superior del abdomen, a menudo irradiado a la espalda, que a veces se alivia al inclinarse hacia delante, acompañado de náuseas y vómito. En algunas raras ocasiones el proceso es tan grave que el paciente se presenta el shock o coma.

b) *Datos de laboratorio.*

- La amilasa tiene una sensibilidad de 89 % y una especificidad del 86 %, los de la amilasa sérica son menores por errores en la recolección de la muestra y por inestabilidad de la amilasa en orina.
- Un incremento de tres veces de lipasa sérica tiene una sensibilidad y especificidad del 100 %.

- Con frecuencia existe leucocitosis (15 000 a 20 000 leucocitos por microlitro)

c) *Otros estudios diagnósticos.*

- El ultrasonido es el método más sensible para evaluar pancreatitis biliar, con sensibilidad del 67 % y especificidad del 100 %.
- El valor predictivo positivo de la Tomografía axial computarizada (TAC) para diagnóstico de necrosis es de 92 %.
- Rx simple de abdomen. Puede observarse calcificación en la región pancreática o un cálculo biliar calcificado, son frecuentes los niveles hidroaereos, con distensión de las asas intestinales.
- En la radiografía de tórax, se pueden observar derrames pleurales, elevación del diafragma o infiltrados pulmonares.

- La colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) esta contraindicada durante la pancreatitis aguda, pero puede ser útil tras la recuperación del paciente, a fin de investigar la presencia de pseudo quistes pancreáticos, páncreas dividido o la morfología del conducto pancreático en la preparación quirúrgica.

1.5.8. Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial debe de hacerse con los siguientes trastornos:

- 1) Úlcera perforada sobre todo úlcera péptica.
- 2) Colecistitis aguda y cólico biliar.
- 3) Obstrucción intestinal aguda.
- 4) Oclusión vascular mesentérica.
- 5) Cólico renal.
- 6) Infarto al miocardio.
- 7) Aneurisma desencadenante de aorta.
- 8) Enfermedades del tejido conectivo con vasculitis.
- 9) Neumonía.
- 10) Cetoacidosis diabética.

1.5.9. Complicaciones y secuelas

- Necrosis pancreática infectada.
- Abscesos de pseudoquistes infectado.
- Acumulaciones líquidas.
- Se sospecha infección en caso de fiebre persistente, leucocitosis o dolor abdominal recurrente o deterioro global.

1.5.10. Tratamiento.

a) *Tratamiento conservador.*

- El propósito del tratamiento es evitar el curso hacia la pancreatitis necrótica y disminuir la incidencia de complicaciones.

- La primera medida es instalar una hidratación principalmente con cristaloides para mantener un volumen intravascular normal.
- Oxigenoterapia.
- Analgésicos para el dolor (Meperidina I.M)
- Ayuno y sonda nasogástrica para disminuir la liberación de gastrina en el estomago y evitar que el contenido pase al duodeno.
- La cimetidina, calcitonina, atropina, glucagon, somatostatina y fluoracilo no cambian el curso de la enfermedad y no son mejores que la SNG.
- El plasma fresco congelado y alimentación parenteral no cambian el curso de la enfermedad.
- El lavado peritoneal no disminuye la mortalidad asociada a enfermedad grave.
- No se justifica el uso de antibióticos profilácticos.
- El tratamiento quirúrgico es controvertido.

b) *indicaciones para tratamiento quirúrgico.*

- Duda en el diagnóstico y el paciente empeore.
- Empeoramiento con tratamiento médico después de 72 horas.
- Sospecha de hemorragia abdominal grave activa.
- Colédoco litiasis como factor etiológico.
- Pancreatitis traumática grave.

_ La mejor indicación quirúrgica es la aspiración con aguja fina guiada por Tomografía axial computarizada y absceso pancreático

_ Otra es la esfinterotomía por Colangiografía Retrograda endoscópica.

_ La colesistectomía debe realizarse selectivamente.

_ Tratamiento de abscesos y pseudoquistes, Extracción de cálculos biliares impactados, desbridamiento o pancreatectomía para impedir el deterioro progresivo por pancreatitis necrotizante grave.

1.5.11. Pronóstico.

El pronóstico puede ser conocido por el uso de los criterios de Ranson y la puntuación Apache II.

Ranson e Imrie han utilizado múltiples criterios diagnósticos y han demostrado que la tasa de mortalidad aumenta cuando se identifican tres o más factores de riesgo en el momento del ingreso en el hospital o durante las primeras 48 horas de hospitalización.

_ Criterios de Ranson e Imrie.

Al ingresar en el hospital o al hacer el diagnóstico:

- Edad > 55 años
- Leucocitosis > 16 000/ microlitro.
- Hiperglucemia > 11 mmol/L (> 200mg/dL)
- LDH en suero > 400 UI/L
- SGOT en suero > 250 UI/L

Durante las primeras 48 horas:

- Descenso del Hematocrito > 10%
- Déficit de líquidos > 400 ml
- Hipocalcemia [concentración de calcio < 1.9 mmol/l (< 8.0 mg/dl)]
- Hipoxemia (P_{O_2} < 60 mm Hg.)
- Incremento de BUN > 1.8 mmol/l (> 5 mg/dl) tras administración de líquidos intravenosos.
- Hipoalbuminemia [nivel de albúmina < 32 g/L (< 3.2 g/dl)]

_ Puntuación del APACHE II > 12

- Líquido peritoneal hemorrágico
- Obesidad
- Indicadores esenciales de insuficiencia orgánica: Hipotensión (presión arterial < 90 mm Hg.) o taquicardia > 130 latidos por minuto. Oliguria

(< 50 ml/h) o aumento de nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatinina.

- Indicadores metabólicos: Calcio sérico < 1.9 mmol/l (< 8.0 mg/dl) o albúmina sérica < 32 g/l (< 3.2 g/dl).

II METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en una paciente femenina de 29 años de edad, con el diagnóstico Postoperatorio de Pancreatitis aguda que se encuentra en el servicio de Cirugía General del Hospital General de Xoco del Instituto De servicios de Salud del Distrito Federal.

En este estudio descriptivo se pretende determinar; conocer y aplicar los cuidados que se deben proporcionar a una paciente posoperada de pancreatitis aguda bajo un plan de cuidados previamente elaborado.

La metodología fue la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, desarrollando para ello sus etapas, las cuales son: Valoración, Diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

2.1. Valoración.

En esta primera etapa de estudio se desarrollo la valoración general de enfermería a través de los instrumentos, observación, entrevista, historia clínica y examen físico.

A continuación se presenta el instrumento utilizado en la recogida de datos y con base en ello se proponen las actuaciones de enfermería, previa gerarquización de necesidades y la determinación de los diagnósticos de enfermería con base en la guía de necesidades de Virginia Henderson.

Instrumento para la valoración.

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Expediente: _____

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____

Escolaridad _____

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio actual: _____

B) HISTORIA CLÍNICA.

1. ANTECEDENTES HEREDOS FAMILIARES.

MATERNOS		PATERNOS	
Abuela.		Abuela	
Abuelo		Abuelo	
Madre		Padre	

• ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

a) Inmunizaciones. Esquema completo. _____ Incompleto. _____

b) Toxicomanías:

Concepto	Situación		
	Siempre	A veces	Nunca
Tabaco			
Alcohol			
Psicotropicos			

c) Promiscuidad. SI _____ NO _____

d) Hacinamiento SI _____ NO _____

Alimentación (alimentos consumidos en la última semana)

Huevo	SI	NO	Pescado	SI	NO	Leguminosas	SI	NO	Tortilla	SI	NO
Pollo			Queso			Frutas			Refresco		
Carne de res			Leche			Verduras			Productos chatarra		

Carne de cerdo	SI	NO	Cereal	SI	NO	Pan	SI	NO	Otros.	SI	NO

3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Sarampión	SI	NO	Urosepsis	SI	NO
Rubéola	SI	NO	Alergias	SI	NO
Tos ferina	SI	NO	Quirúrgicos	SI	NO
Varicela	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Epilepsia	SI	NO	Traumatismos con secuelas	SI	NO
Hepatitis	SI	NO	Transfusiones	SI	NO
Parasitosis	SI	NO	Fiebre reumática	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Amigdalitis repetida	SI	NO

4. ANTECEDENTES GINECO -- OBSTÉTRICO.

Menarca		Ritmo	
Vida sexual activa		FUM	
No. Compañeros sexuales		Tipo de anticonceptivo	
Gesta		Aborto	
Para		Cesárea	

C) OBSERVACIÓN SÍNTOMAS GENERALES.

Dolor_____ Fiebre _____ Ansiedad _____ Estrés _____ Apatía _____
 Depresión_____ Debilidad _____ Irritabilidad_____ Agitación _____
 Agresividad_____

3. Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo

Aparato respiratorio

Aparato cardiovascular

Aparato músculo esquelético

Aparato genitourinario.

Sistema endocrino

Sistema tegumentario

Órganos de los sentidos

E) INTERROGATORIO PADECIMIENTO ACTUAL.

1. ¿Cómo inicia el dolor? _____
2. ¿Focaliza el dolor? _____ Dónde _____
3. ¿Se irradia el dolor? _____ Hacia donde? _____
4. ¿El dolor comenzó después de haber ingerido algún alimento?

5. ¿El dolor cede en alguna posición? _____ Especifique

6. ¿Ha tenido fiebre? _____ Especifique _____
7. ¿Siente que le falta el aire? _____
8. ¿Se siente distendido? _____
9. ¿Ingerió alguna bebida alcohólica? _____
10. ¿Ha estado en tratamiento médico últimamente?

11. ¿Qué fármacos ha tomado?

¿Tiene náuseas o ha presentado vómito?

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO Y MANEJO EN EL HOSPITAL.

EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN.

PRONÓSTICO.

2.2. Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de lo que es responsable la enfermera.

En este caso se utilizó el formato (P+E+S) para la realización de los diagnósticos.

2.3. Planeación.

En esta etapa se determinan las necesidades del paciente y posteriormente se procederá a la jerarquización de las mismas, determinando su diagnóstico y objetivos correspondientes.

Necesidad

Diagnóstico de enfermería. (P+E+S)

Objetivo.

2.4. Ejecución.

En esta etapa se puso en práctica el plan de cuidados, cuya meta es conducir al paciente al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones dependiendo la situación, se puede intervenir según sean las necesidades, posibles y disponibles, el paciente; el equipo de enfermería, y la familia del enfermo.

Para ello se aplicó el siguiente instrumento donde se desarrollan las intervenciones de enfermería dependientes e independientes.

Necesidad.

Diagnóstico de Enfermería.

Objetivo.

Intervenciones de enfermería.	Fundamentación de las acciones.	Evaluación de las intervenciones.

2.5. Evaluación.

Se presentan los resultados de las intervenciones efectuadas ya incluidas en el plan de cuidados.

III APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 Presentación del caso.

Se trata de paciente femenina de 29 años de edad la cual se encuentra en el servicio de cirugía general, ingresa por las siguientes necesidades.

Necesidad de oxigenación por disnea de medianos esfuerzos, ligero aleteo nasal; Necesidad de nutrición e hidratación, por cirugía abdominal, ayuno prolongado; Necesidad de moverse y mantener una buena postura por incapacidad para incorporarse, debilidad de extremidades, postración, y variación de las constantes vitales; necesidad de descanso y sueño por dolor intenso, fatiga irritabilidad, ansiedad y estrés; necesidad de termorregulación por hipertermia; necesidad de eliminación por edema y disminución de flujos urinarios; necesidad de higiene y protección de la piel por irritación en puntos de apoyo, humedad de la piel y tinte icterído generalizado.

Signos y Síntomas.

La paciente al momento del interrogatorio refiere *astenia*, *adynamia*, *fiebre*, *ligero tinte icterído generalizado*, *mucosas en moderada hidratación*, *presencia de SNG a derivación drenando líquido gastrobiliar*, *disnea de medianos esfuerzos*, *dolor abdominal tipo cólico*, *ardoroso en epigastrio irradiándose hacia todo el abdomen*, *herida quirúrgica afrontada ligero enrojecimiento de bordes sin salida de material purulento*, *sonda Foley a derivación con flujos urinarios aceptable*, se observa *edema de extremidades*, además de *inquietud y estrés*.

Diagnóstico médico:

P. O. Pancreatitis aguda Vs Enfermedad ácido péptica.

3.2. Valoración.

En esta primera etapa de estudio se desarrolla la valoración general de enfermería a través de los instrumentos, observación, entrevista, historia clínica, y examen físico.

A continuación se presenta el instrumento que se utilizó para la recogida de datos y con base en ello se propusieron las actuaciones de enfermería, previa gerarquización de necesidades y determinación de los diagnósticos de enfermería con base en la guía de necesidades de Virginia Henderson.

Instrumento para la valoración.

A) DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Expediente: 195416

Nombre: D.M.J Edad 29 Sexo Fem.

Escolaridad Primaria incompleta

Lugar de Nacimiento: México D.F

Fecha de nacimiento: 24 06 71

Domicilio actual: C. Zaragoza # 19 ColPuebla Del. Iztapalapa D.F

C) HISTORIA CLÍNICA.

1. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

MATERNOS		PATERNOS	
Abuela.	Finado C. rri sis alcohólica	Abuela	Finado
Abuelo	Finado C. rro sis alcohólica	Abuelo	Finado
Madre	Ap. sana	Padre	Finado, ac gente & tomovilístico

2. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

a) Inmunizaciones. Esquema completo Desconocido incompleto. _____

b) Toxicomanías:

Concepto	Situación		
	Siempre	A veces	Nunca
Tabaco		X	
Alcohol		X	
Psicotrópicos			X

c) Promiscuidad. SI ____ NO X

d) Hacinamiento SI X NO ____

Alimentación (alimentos consumidos en la última semana)

Huevo	SI	NO	Pescado	SI	X	Leguminosas	X	NO	Tortilla	X	NO
Pollo	X	NO	Queso	X	NO	Frutas	X	NO	Refresco	SI	X
Carne de res	SI	NO	Leche	X	NO	Verduras	X	NO	Productos chatarra	SI	X
Carne de cerdo	X	NO	Cereal	SI	X	Pan	X	NO	Otros.	SI	X

3. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Sarampión	Desconoce	SI	NO	Urosepsis	SI	NO
Rubéola	Desconoce	SI	NO	Alergias	SI	NO
Tos ferina		SI	NO	Quirúrgicos	SI	NO
Varicela	Desconoce	SI	NO	Tuberculosis	SI	NO
Epilepsia		SI	NO	Traumatismos con secuelas	SI	NO

Hepatitis	SI	NO	Transfusiones	SI	NO
Parasitosis	SI	NO	Fiebre reumática	SI	NO
Escarlatina	SI	NO	Amigdalitis repetida	SI	NO

4. ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICO.

Menarca	1 5 años	Ritmo	30 x 3
Vida sexual activa	1 6 años	FUM	27 06 2000
No. Compañeros sexuales	Uno	Tipo de anticonceptivo	Hormona inyectable.
Gesta	3	Aborto	Uno
Para	2	Cesárea	0

C) OBSERVACIÓN SÍNTOMAS GENERALES.

Dolor ✓ Fiebre ✓ Ansiedad ✓ Estrés ✓ Apatía ✓
 Depresión ✓ Debilidad DX Irritabilidad ✓ Agitación _____
 Agresividad _____

Estado de la piel: Color Tinte icterico
 Turgencia Normal
 Humedad Humeda
 Temperatura Hipertermia

Capacidad de movimiento: Postura Requiere de ayuda para incorporarse
 Marcha Necesita de ayuda
 Capacidad psicomotriz Sus movimientos son coordinados y puede ponerse con ayuda la bata
 Para vestirse o desvestirse.

D) EXPLORACIÓN FÍSICA.

1. Signos Vitales. T/A. 145 85 FC. 84 x' FR. 25x' Temperatura. 38⁰C Peso 78 kg. Talla 1 65

2. Exploración por regiones. Signos Especifique.

Cabeza Creneo normocefalo sin exostosis ni endostosis, reflejos pupilares normales narinás permeable a expensas de sondinaco gastrica SI NO

Cuello Normal SI NO

Tórax Sin alteración, ruidos cardiacos ritmicos y de buena ntensidad. SI NO

Abdomen Globoso a expensas de paniculo adiposo doloroso a la palpación con presencia de herida quiruica peristalsis disminuida. SI NO

Ms. Torácicos Integros, con tono y fuerza muscular: Si conservado NO

Ms. Pélvicos SI NO
Integros, tono y fuerza conservados, buen llenado capilar

3. Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Aparato digestivo Vómitos, dolor abdominal, crec m ento del abdomen.
Peristalsis disminuida.

Aparato respiratorio
Disnea de med.nos esfuerzos.

Aparato cardiovascular

Sin alteraciones de importancia

Aparato músculo esquelético

Sin alteraciones excepto, ligera debilidad

Aparato genitourinario.

Sin alteraciones de importancia, flujos urinarios conservados.

Sistema endocrino

Sin alteración.

Sistema tegumentario

Tinte cianótico generalizado. +

Órganos de los sentidos

Sin alteración

E) INTERROGATORIO PADECIMIENTO ACTUAL.

1. ¿ Cómo inicia el dolor? Hace un mes
2. ¿ Focaliza el dolor? Si Dónde Epigastrio

3. ¿Se irradia el dolor? Si Hacia donde? Hipocondrio derecho
4. ¿El dolor comenzó después de haber ingerido algún alimento?
No fue súbito
5. ¿El dolor cede en alguna posición? No Especifique _____
6. ¿Ha tenido fiebre? Si Especifique 38°C
7. ¿Siente que le falta el aire? Si a veces
8. ¿Se siente distendido? Si
9. ¿Inginó alguna bebida alcohólica? Si
10. ¿Ha estado en tratamiento médico últimamente?
Si
11. ¿Qué fármacos ha tomado?
Pan:tid na, metoclopramida y butilhosina
12. ¿Tiene náuseas o ha presentado vómito?
Si en varias ocaciones

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

05 07 00

HB: 15.9

Hto: 48.5

LINFOCITOS: 10,000

Química sanguínea.

BUN: 6mg / dl

GLUCOSA: 303 mg / dl

AMILASA: 1069 U/L (31 – 123)

ALBÚMINA: 1.7 Bajo (3.5 – 5.3)

Ca. 7mg / dl Bajo (8.0 – 10)

06 07 00

HEMOGLOBINA: 15.9

HEMATOCRITO: 48.5

Química sanguínea:

BUN 14 mg /dl

Ca. 8.5 mg./dl

CREATININA: 0.9 mg / dl

GLUCOSA: 229 mg / dl

AMILASA: 1069 U / L _____ (31 – 125)

07 07 00

ALBÚMINA: 1.7 Bajo (3.5 – 5.3)

BUN: 6 mg / dl Bajo (7-18)

Ca. / Mg / dl Bajo (8.0 - 10.0)

GLUCOSA: 303 mg / dl

DIAGNÓSTICO:

Pancreatitis Aguda vs. Enfermedad ácido péptica.

TRATAMIENTO Y MANEJO EN EL HOSPITAL:

Primer día.

Ayuno.

Soluciones para 8 hrs.

Sol. Hartman 1000 cc P/ 8 hrs.

Sol. Glucosada al 5% 1000 cc P / 8 hrs.

Sol. Salina al 0.9% 1000 cc P / 6 hrs.

Medicamentos:

Metamizol 1 gr IV C/8 hrs.

Ceftazidima 1 gr IV C/8 hrs.

Metoclopramida 10 mg IV C/8 hrs.

Ranitidina 50 mg IV C/8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/8 hrs.

Signos Vitales por turno y Cuidados Generales de Enfermería.

Sonda Nasogástrica a derivación.

Control de líquidos.

Cuidados de Herida Quirúrgica.

Sonda Foley a derivación.

Segundo día.

Ayuno.

Esquema de soluciones para 12 horas.

Glucosada al 5% 1000 cc + 20 mEq KCL.

Salina 1000 cc + 20 mEq KCL.

Glucosada al 5% 1000 cc + 20 mEq KCL.

Medicamentos.

Metamizol 1 gr IV C/ 8 hrs.

Ceftazidima 1 gr IV C/ 8 hrs.

Metoclopramida 10 mg Iv C/ 8 hrs.

Ranitidina 50 mg IV C/ 8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/ 8 hrs.

Furosemide 20 mg Iv C/ 24 hrs.

Medidas generales.

Signos Vitales por turno y Cuidados Generales de Enfermería

Cuidados de Herida quirúrgica

Control de líquidos.

Sonda Nasogástrica a derivación.

Sonda Foley a derivación.

Tercer día.

Ayuno

Nutrición Parenteral Total 1000 cc P/ 8 hrs.

Esquema de soluciones.

Sol. Gluc. 5% 1000 cc + 1 amp. KCL P/ 12 hrs.

Sol. Salina al 0.9% 1000 cc P/ 12 hrs. + 1 amp KCL.

Sol. Gluc. 5% 1000 cc P/ 12 hrs. + 1 Amp KCL.

Medicamentos.

Metamizol 1 gr. iv C/ 8 hrs.

Metoclopramida 10 mg IV C/ 8 hrs.

Ranitidina 50 mg IV C/ 8 hrs.

Ceftazidima 1 gr. IV C/ 8 hrs.

Metronidazol 500 mg IV C/ 8 hrs.

Furosemide 20 mg IV C/ 24 hrs.

Signos Vitales por turno y Cuidados Generales de Enfermería.

Retirar Sonda Foley.

Cuidados de Herida Quirúrgica

Sonda Nasogástrica a derivación.

Transfundir 1 Paquete de plasma C/ 8 hrs.

EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN.

Se trata de paciente femenina de 29 años de edad la cual se encuentra en el servicio de Cirugía General Posoperada de pancreatitis aguda con hallazgos de líquido de ascitis de 3000 ml no fétido páncreas hemorrágico.

Inicia su padecimiento 15 días previos a su ingreso, con vómitos de contenido biliar, acompañado de náuseas, dolor abdominal tipo cólico, ardorosos con mayor intensidad en hipogastrio irradiándose hacia hipocondrio derecho, recibió tratamiento basado en butiliosina, metoclopramida, y ranitidina, sin tener mejoría, actualmente refiere dolor en herida quirúrgica que se irradia hacia todo el abdomen, presencia de sonda nasogástrica con salida de líquido gastrobiliar, con

Peristalsis disminuida, divido a cirugía y ayuno prolongado, se encuentra conciente, orientada con tinte icterico generalizado, mucosas orales en moderada hidratación, cráneo, cuello y cara sin alteraciones tórax se observan ligeros tiros intercostales, debido a disnea de medianos esfuerzos, extremidades sin alteraciones a excepción de ligeros puntos de irritación en puntos de apoyo.

Con antecedentes de importancia, Etilismo y tabaquismo ocasional desde hace diez años.

Se observa paciente angustiada, adinámica refiere preocupación por sus hijos, cooperadora al tratamiento, responde con claridad al interrogatorio.

PRONÓSTICO.

Reservado a evolución

2.2 Diagnóstico de Enfermería.

El diagnóstico de enfermería proporciona la fase para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera.

En este caso se utilizó el formato (P+E+S) para la realización de los diagnósticos.

Necesidad de oxigenación.

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a disnea de medianos esfuerzos, manifestado por ligero aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea disociación tórax abdomen.

Necesidad de nutrición e hidratación.

Alteración de la nutrición, relacionado a cirugía abdominal, manifestado por disminución de la peristalsis, ayuno prolongado, debilidad mucosas orales semihidratadas.

Necesidad de descanso y sueño.

Alteración del patrón del sueño, relacionado a dolor intenso manifestado por, fatiga, irritabilidad, ansiedad y estrés.

Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Deterioro en la movilidad física, relacionado a cirugía por pancreatitis, manifestado por incapacidad para incorporarse, debilidad de extremidades, postración, y variación de las constantes vitales.

Necesidad de termorregulación.

Hipertermia relacionado a complicación de tratamiento quirúrgico por pancreatitis, manifestado por, calor, transpiración profusa, discomfort e irritabilidad.

Necesidad de eliminación.

Alteración de la eliminación urinaria relacionado a complicación de pancreatitis manifestado por edema y disminución de flujos urinarios.

Necesidad de higiene y protección de la piel.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado a cirugía por pancreatitis manifestado por, irritación en puntos de apoyo, sudoración, humedad de la piel y tinte icterídeo generalizado

3.4. Planeación.

En esta etapa se determinaron las necesidades del paciente y posteriormente se procedió a la gerarquización de las mismas, determinando su diagnóstico y objetivos correspondientes.

Necesidad

Diagnóstico de enfermería (P+E+S)

Objetivo

1. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

Presenta incapacidad para mantener una buena postura, de pie, sentada o acostada, presenta dificultad en la marcha con necesidad de ayuda y dependencia para la misma, por el dolor ocasionado de la cirugía que le ocasiona postración debilidad y variación de las constantes vitales.

Diagnostico de Enfermería.

Deterioro en la movilidad física, relacionado a cirugía por pancreatitis aguda, manifestado por incapacidad para incorporarse, debilidad de extremidades, postración y variación de las constantes vitales.

Objetivo:

Fomentar la movilización fuera de cama.

2. Necesidad de oxigenación.

Hay permeabilidad de las vías aéreas a excepción de presencia de sonda nasogástrica, presenta automatismo propio, se observa disnea de medianos esfuerzos lo que la hace dependiente a la oxigenación por mascarilla y así satisfacer esta necesidad.

Diagnostico de Enfermería.

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado a disnea de medianos esfuerzos, manifestado por ligero aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea y disociación tórax abdomen.

Objetivo.

Mejorar la función respiratoria.

3. Necesidad de nutrición e hidratación.

Manifiesta su deseo de comer, pero esta sujeta a indicación médica que propone ayuno, se hidrata por vía parenteral e inicia nutrición parenteral total.

Diagnostico de Enfermería.

Alteración de la nutrición relacionado a cirugía abdominal, manifestado por disminución de la peristalsis, ayuno prolongado, debilidad, mucosas orales semihidratadas.

Objetivo.

Contribuir a la pronta recuperación de la paciente fomentando la deambulación temprana e incrementar la función digestiva.

4. Necesidad de descanso y sueño.

De acuerdo a lo observado y manifestado por la paciente cómo su ansiedad, nivel de estrés, su expresión de irritabilidad, dolor intenso en herida quirúrgica, fatiga, el hecho de encontrarse en una habitación con más compañeras, el ruido son factores que le impiden satisfacer esta necesidad.

Diagnostico de enfermería.

Alteración del patrón de sueño, relacionado a dolor intenso, manifestado por fatiga, irritabilidad, ansiedad y estrés.

Objetivo.

Disminuir el dolor.

Lograr que la paciente se relaje y tenga un mejor descanso.

5. Necesidad de termorregulación.

Temperatura de 38° C o Más, lo que le provoca disconfort e irritabilidad.

Diagnóstico de Enfermería

Hipertermia relacionado a complicación de tratamiento quirúrgico por pancreatitis manifestado por calor, transpiración profusa, disconfort e irritabilidad.

Objetivo.

Disminuir la fiebre.

6. Necesidad de eliminación.

La paciente cursa con una complicación de pancreatitis aguda, fue sometida a tratamiento quirúrgico presenta edema de extremidades, se encuentra con sonda foley a derivación, además de sudoración y pérdidas insensibles por la fiebre.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la eliminación urinaria relacionado a complicación de pancreatitis manifestado por edema y disminución de flujos urinarios.

Objetivo.

Mejorar la eliminación urinaria.

7. Necesidad de higiene y protección de la piel.

Presenta discreta ictericia de piel y mucosas, se proporciona baño de esponja aseo de genitales, pero el hecho de no querer levantarse y permanecer en cama le provoca disconfort, por la sudoración y humedad de la piel, además del material del colchón que es de plástico y hace que se conserve más la humedad.

Diagnóstico de Enfermería.

Deterioro en la integridad cutánea relacionado a cirugía por pancreatitis manifestado por irritación en puntos de apoyo, sudoración, humedad de la piel y tinte icterico generalizado.

Objetivo.

Evitar el deterioro de la integridad cutánea.

3.5. Ejecución.

En esta etapa se puso en práctica el plan de cuidados, cuya meta es conducir al paciente al menos idealmente, hacia la optima satisfacción de sus necesidades.

En tales actuaciones dependiendo de la situación, pueden intervenir según sean las necesidades, posibles y disponibles, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Para ello se aplicó el siguiente instrumento donde se desarrollan las intervenciones de enfermería dependientes e independientes.

Necesidad: Moverse y mantener una buena postura.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro en la movilidad física relacionado a cirugía por pancreatitis manifestado por dolor intenso, incapacidad para incorporarse, debilidad de extremidades, postración y variación de las constantes vitales.

Objetivo: Fomentar la movilización fuera de cama.

Intervención de Enfermería.	Fundamentación de las acciones.	Evaluación de las intervenciones.
<p>_ Animar a la paciente a que siga estrictamente una pauta de cambiar de posición cada 2 hrs. Durante el tiempo que este en cama.</p> <p>Ministración de analgésicos IV C/8 hrs. o por razón necesaria para disminuir el dolor.</p>	<p>La movilización del paciente postrado disminuye la formación de escaras y favorece el descanso y estado de la piel.²⁵</p> <p>En la evaluación de la eficacia analgésica el tipo de dolor y también su intensidad son importantes.²⁶</p> <p>El ejercicio desarrollado por la deambulación es terapia</p>	<p>Con las acciones desarrolladas se logro disminuir el dolor, lo cual animó a la paciente a deambular con apoyo, además se logró que exteriorizara sus miedos y preocupaciones.</p>

²⁵ Ibidem SECRETARIA, Pág. 52.

²⁶²⁶ Ibidem GOODMAN, Pág. 664.

<p>Insistir para que la paciente deambule fuera de cama en forma asistida 10 min. C/ 2 hrs.</p> <p>Comunicar al paciente el motivo de la deambulación.</p> <p>Establecer comunicación con el paciente durante la deambulación.</p> <p>Comprobar el regreso del paciente, instalación y comodidad en su unidad.</p>	<p>adecuada para la buena circulación²⁷</p> <p>La comunicación con el paciente le provoca apoyo emocional y seguridad.²⁸</p> <p>Comprobar la seguridad y comodidad del paciente es fundamental para evitar riesgos.²⁹</p> <p>Hacer las anotaciones correspondientes es documentar el plan.³⁰</p>	
--	--	--

²⁷ Ibidem SECRETARIA, Pág. 76.

²⁸ Ibidem Pág. 77

²⁹ Ibidem Pág. 88

³⁰ Ibidem ENCICLOPEDIA, Pág. 28

Efectuar las anotaciones de enfermería correspondientes.		
--	--	--

Necesidad : Necesidad de oxigenación.

Diagnóstico de enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado a disnea de medianos esfuerzos, manifestado por discreto aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea y disociación expansión tórax abdomen.

Objetivo: Mejorar la función respiratoria.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación de las acciones.	Evaluación de las intervenciones.
Colocar a la paciente en semifowler.	Esta posición proporciona mayor comodidad a pacientes con problemas cardíacos o respiratorios, favorece el drenaje después de operaciones abdominales, ofrece menor compresión de viseras	Las medidas tomadas para satisfacer esta necesidad surtieron efecto pues mejoró la oxigenación y disnea de la paciente en forma satisfactoria.

<p>Colocar oxígeno húmedo por mascarilla 3 litros por minuto en forma continua.</p>	<p>favoreciendo el intercambio gaseoso.³¹</p> <p>La oxigenoterapia es un recurso terapéutico de suma utilidad en situaciones patológicas donde el patrón respiratorio está alterado, el oxígeno húmedo evita daños o resequeidad del tracto respiratorio.³²</p>	
<p>Fisioterapia respiratoria dos veces por turno.</p>	<p>La fisioterapia respiratoria comprende ejercicios de reeducación de los músculos respiratorios y técnicas destinadas a aprovechar mejor la capacidad pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio con la finalidad de lograr una adecuada ventilación.³³</p>	
<p>Toma de gasometría arterial una vez</p>	<p>La gasometría arterial determina la</p>	

³¹ Ibidem ENCICLOPEDIA, Pág 1103

³² Ibidem ENCICLOPEDIA, Pág 145

³³ Ibidem ENCICLOPEDIA, Pág 114

por turno.	capacidad de los pulmones para transferir oxígeno y CO ₂ también permite conocer el funcionamiento de Los riñones en la secreción y absorción de los iones bicarbonato cuya función es mantener el equilibrio ácido base. ³⁴	
------------	--	--

Necesidad: Necesidad de nutrición e hidratación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la nutrición relacionada a cirugía abdominal, manifestada por disminución de la peristalsis ayuno prolongado, debilidad, mucosas orales en moderada hidratación.

Objetivo: Contribuir a la pronta recuperación del paciente fomentando la deambulación temprana e incrementar la función digestiva.

Intervención de Enfermería	Fundamentación de las acciones	Evaluación de las acciones.
Cubrir su necesidad de alimentación con nutrición parenteral total.	La terapia hiperalimentaria también denominada nutrición parenteral total proporciona la cantidad necesaria de aminoácidos, calorías y electrolitos	Se inicio NPT y se pudo cubrir de alguna manera su necesidad de nutrición e hidratación, se llevó un control estricto de glucosa y no

³⁴ Ibidem ENCICLOPEDIA, Pág. 120

<p>Toma de destrostix C/ 6 hrs.</p>	<p>en una pequeña cantidad de líquidos.³⁵ El cese brusco de la hiperalimentación puede dar lugar a hipoglucemia o mientras el organismo se adapta al elevado contenido de glucosa es posible que aparezca hiperglucemia.³⁶</p>	<p>presento ninguna complicación por NPT. Se logró un equilibrio hídrico en un 100% Y con la sonda nasigastrica se logro la descompresión del estomago que alivió de alguna maneta el dolor abdominal.</p>
<p>Mantener al paciente bajo control de temperatura, diuresis y gravedad específica de la orina C/ 6 hrs. así como llevar un registro de las entradas y salidas de líquidos.</p>	<p>Las principales complicaciones de la alimentación parenteral total son la sepsis y el desequilibrio hidroelectrolítico.³⁷</p>	
<p>Ministración de soluciones endovenosas según indicación médica.</p>	<p>Las soluciones endovenosas reponen líquidos y aportan calorías.</p>	
<p>_ Sol. Hartman 1000 P/ 8 hrs.</p>	<p>Sol. Electrolítica equilibrada,</p>	

³⁵ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág. 983

³⁶ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 985

³⁷ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 197

³⁸ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 185

³⁹ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 159

⁴⁰ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág. L59

<p>_ Sol. Gluc. 5 y 10 % P/8 hrs</p>	<p>equivalente a la concentración de sodio, potasio, y calcio en plasma Produce la salida del contenido líquido de los hematíes, así mismo también induce el paso de líquido del espacio intersticial hacia el plasma.³⁸</p>	
<p>_ Sol. Cloruro de sodio al 0.9% 1000 P/8 hrs.</p>	<p>Reposición de líquidos isotónicos, corrige la depleción ligera de sodio, se administra como espansores del plasma y del líquido intersticial.³⁹</p>	
<p>Cuidados de sonda nasogástrica y cuantificación de gasto por turno.</p>	<p>La sonda nasogástrica se utiliza para vaciar o descomprimir el estomago, extrayendo el gas o el contenido intestinal por medio de succión.⁴⁰</p>	

Necesidad: Necesidad de descanso y sueño

Diagnóstico de enfermería: Alteración del patrón del sueño, relacionado a dolor intenso manifestado por fatiga, irritabilidad, ansiedad y estrés.

Objetivo: Disminuir el dolor.

Lograr que la paciente se relaje y tenga un buen descanso.

Intervención de enfermería	Fundamentación de las acciones	Evaluación de las intervenciones
Ministración de analgésicos y sedantes cada 8 hrs. o por razón necesaria.	El efecto sedante y analgésico de los narcóticos favorecen la eliminación del dolor. ⁴¹	La ministración de narcóticos surtió efecto disminuyó el dolor de la paciente, se hizo lo posible por proporcionar un ambiente cálido y sin ruidos, se observó disminución en el estrés y apatía al proporcionarles apoyo emocional y psicológico y por último el área física donde se encuentra la paciente cuenta con lo necesario para la atención de la
Proporcionar un ambiente cálido y sin ruidos que favorezca el descanso del paciente.	Un ambiente cálido y sin ruidos favorece el descanso de todo individuo. ⁴²	
ayudar a disminuir su estrés y apatía brindando apoyo emocional y psicológico.	El conocimiento de la situación y sentirse apoyado emocional y psicológicamente disminuye el estrés del individuo. ⁴³	

⁴¹ GOODMAN Y Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica, Novena edición, Vol. I Ed Mc Graw-hill Interamericana 1999 Pág. 661

⁴² SECRETARIA de educación, salud y desarrollo social, ISSDF Manual de técnicas generales de enfermería, 1997 Pág. 98

⁴³ Ibidem Pág 107.

⁴⁴ Ibidem Pág. 158

<p>proporcionar al paciente un lugar que le brinde seguridad y confort durante su estancia hospitalaria para su tratamiento y recuperación.</p>	<p>La limpieza y el orden proporcionan un ambiente agradable que da seguridad y confianza al paciente que se encuentra hospitalizado y coadyuvan a su recuperación.⁴⁴</p>	<p>necesario para la atención de la misma lo cual coadyuvo a la pronta recuperación en un ambiente confortable.</p>
<p>disminuir la tensión muscular y nerviosa del paciente brindándole terapia afectiva y masaje muscular.</p>	<p>La Profundidad del sueño esta en relación directa con la relajación Muscular.⁴⁵</p>	

⁴⁵ Ibidem Pág 11

Necesidad: Necesidad de termorregulación.

Diagnóstico de Enfermería: Hipertermia relacionada a complicación de tratamiento quirúrgico por pancreatitis manifestada por calos, transpiración, disconfort e irritabilidad.

Objetivo: Disminuir la fiebre.

Intervención de Enfermería	Fundamentación de las acciones.	Evaluación de las intervenciones.
Aplicación de compresas frías para disminuir la fiebre.	Al contacto con el frío los tejidos disminuyen su irrigación y se contraen. ⁴⁶	Las medidas tomadas para cumplir con este objetito fueron efectivas, pues se logró en un 100% mantener la temperatura normal de la paciente,
Medición de la temperatura cuantas veces sea necesario.	La temperatura de un organismo es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo. ⁴⁷	favoreciendo con esto el confort y descanso.
Cambio de ropa de cama una vez por turno o cuantas veces sea necesario.	La limpieza de los artículos en contacto con el paciente disminuye el riesgo de contaminación intra hospitalaria. ⁴⁸	
Mantener la temperatura en cifras	La temperatura interna del organismo	

⁴⁶ Op Cit SECRETARIA Pág 140

⁴⁷ Ibidem Pág. 145

⁴⁸ Ibidem Pág. 163

⁴⁹ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág. 87

normales ara evitar complicaciones como convulsiones o deshidratación.	se mantiene prácticamente constante sobre los 37° C requisito indispensable para que se desarrollen con normalidad los procesos metabólicos. ⁴⁹	
--	--	--

Necesidad: Necesidad de eliminación.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la eliminación urinaria relacionado a complicaciones por pancreatitis manifestado por edema y disminución de flujos urinarios.

Objetivo: Mejorar la eliminación urinaria.

Intervención de Enfermería	Fundamentación de las acciones	Evaluación de las intervenciones.
Vendaje compresivo de miembros pélvicos.	El vendaje compresivo favorece la circulación el retorno venoso. ⁵⁰	
Cateterismo vesical para tener un mejor control de la diuresis.	El sondeo vesical favorece la eliminación y vaciado de la vejiga. ⁵¹	
Cuantificación de fluidos y secreciones para reposición de gasto.	Los fluidos corporales deben ser repuestos para evitar el desequilibrio hidroelectrolítico. ⁵²	
Colocación de sonda nasogástrica para descomprimir el estomago.	La sonda nasogástrica favorece la eliminación de líquidos y contenido gástrico. ⁵³	
Control de líquidos		
Colocación del cómodo para	El metabolismo de los alimentos y del	

⁵⁰ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 49

⁵¹ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág.165

⁵² Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 141

⁵³ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 159

cuantificación de volumen y características de orina y excretas así como para facilitar o verificar la función de eliminación.	agua produce residuos que el organismo desecha. ⁵⁴	
--	---	--

⁵⁴ Ibidem SECRETARÍA Pág 150

Necesidad: Necesidad de higiene y protección de la piel.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro en la integridad cutánea relacionada a cirugía por pancreatitis, manifestado por irritación en puntos de apoyo, sudoración, humedad de la piel y tinte icterídeo generalizado.

Objetivo: Evitar el deterioro de la integridad cutánea.

Intervención de Enfermería	Fundamentación de las acciones	Fundamentación de las intervenciones
Baño de esponja para eliminar la secreción de las glándulas sebáceas, la descamación de la piel, el sudor, el polvo y los microorganismos.	La limpieza corporal contribuye a la salud del paciente. ⁵⁵	
Aseo de genitales.	Fomentar la higiene femenina. ⁵⁶	
Realizar aseo bucal, nasal y ótico, pedirle a la paciente en la medida de lo posible que ella lo realice.	Fomentar la higiene de las cavidades en el organismo proporcionan bienestar y evitan infecciones. ⁵⁷	
Lubricación y humectación de la piel para evitar la comezón por la ictericia.	La limpieza y humectación de la piel evita la resequeadad y comezón. ⁵⁸	
Realizar cambio de ropa de cama y	El cambio de ropa limpia y seca	

⁵⁵ Ibidem SECRETARIA Pág 16

⁵⁶ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 32

⁵⁷ Ibidem SECRETARIA Pág 26

⁵⁸ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 58

<p>del paciente para evitar el disconfort y humedad.</p>	<p>disminuye la irritación de la piel.⁵⁹</p>	
<p>Curación diaria de herida quirúrgica.</p>	<p>El lavado mecánico con agua y jabón elimina los microorganismos. Las heridas o lesiones tratadas de manera aséptica cicatrizan más rápidamente y con menor reacción tisular.⁶⁰</p>	
<p>Dar masaje en los puntos de irritación para evitar las úlceras por decúbito.</p>	<p>Cuando se ejerce presión en cualquier área cutánea durante más de dos horas se puede producir una disminución importante del aporte sanguíneo en el centro de la zona de presión con un aumento a la tendencia a presentar úlceras por decúbito.⁶¹</p>	
<p>Cuidados a catéter:</p>	<p>La instauración de una vía de acceso</p>	

⁵⁹ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 12

⁶⁰ Ibidem SECRETARIA Pág 24

⁶¹ Ibidem SECRETARIA Pág 227

⁶² Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 85

⁶³ Ibidem ENCICLOPEDIA Pág 209

<p>Vigilar datos de temperatura y coloración en el punto de inserción.</p> <p>_ Curación y cambio de gasa c/ 24 hrs.</p> <p>_ Observar signos de flebitis, irritación o infección.</p> <p>Inspeccionar la herida durante los cambios de apósito para conocer su estado, supuración o signos de infección.</p>	<p>al sistema venoso mediante la colocación de un catéter con fines terapéuticos.⁶²</p> <p>Una herida que cura correctamente tiene un aspecto rozado uniforme y liso y nunca amarillo o ulcerado.⁶³</p>	
---	---	--

2.5. Evaluación.

Se presentan los resultados de las intervenciones efectuadas ya incluidos en el plan de cuidados.

IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Las dimensiones de la práctica de enfermería, han evolucionado en respuesta a los cambios científicos tecnológicos, educativos, económicos, y políticos experimentados por la sociedad.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías, como la que plantea Virginia Henderson que ofrece importantes aportaciones a la enfermería y como desarrollar mejor un proceso de Atención Enfermería.

El proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la solución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del paciente.

Las etapas con que cuenta el Proceso Atención de Enfermería integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, es el método científico aplicado, proporciona el mecanismo por el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de salud.

El objetivo Principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del paciente, la familia y de la comunidad

El paciente se beneficia en gran medida con este proceso, ya que le asegura la calidad de la asistencia, al tiempo que lo estimula a participar en su tratamiento.

Para el profesional de Enfermería en particular es una mayor satisfacción por el trabajo y aumento del desarrollo profesional. El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento de vital importancia para el desarrollo de la profesión, ya que nos sirve para documentar nuestras acciones, y elevar la calidad de atención

identificando las necesidades individuales de cada paciente, además de que sirve a la profesión como respaldo científico y reconocimiento de la misma profesión.

Para llevar a cabo el proceso la enfermera tiene que afrontar muchas dificultades, como la sobrecarga de trabajo, la escasez de recursos materiales y humanos, falta de comunicación entre el mismo personal de enfermería y los demás profesionales, la comunicación con el paciente son factores que dificultan o facilitan el desarrollo del proceso. En este caso se hizo lo posible por realizarlo a pesar de la falta de tiempo y las dificultades encontradas se logró un beneficio significativo para el paciente y para mí como profesional de enfermería.

Se benefició al paciente en un alto grado de atención de calidad, esta atención se reflejó en su rápida recuperación, en la confianza que ella depositó en enfermería, se logró que la paciente se hiciera cargo de su salud, se satisficieron sus necesidades más importantes, con un esfuerzo de la familia y de ella misma, con su cooperación se logró llevarla al aprovechamiento máximo de sus capacidades intelectuales y de ejercicio, eliminó sus temores y angustias, tuvo una mejor comunicación con sus semejantes, fue un triunfo verla sonreír y caminar por los pasillos del servicio, ya que su estado de postración no se lo permitía y venció su apatía.

En lo particular una de las desventajas encontradas para la realización de este proceso, fue la falta de documentación, con la que no contaba, el desconocimiento de cómo se desarrolla un proceso por el hecho de nunca llevarlo a cabo o más bien es el hecho de que enfermería nunca escribe, no tiene el cuidado de fundamentar sus acciones aunque las lleve a cabo, sirvió para darme cuenta de que sí se lleva un proceso con sus cinco etapas, porque enfermería valora al paciente, lo diagnostica y detecta sus necesidades, planea sus acciones las ejecuta y evalúa, pero nunca tiene tiempo para escribir y documentar su plan, a veces por poco interés en su trabajo, interés por otras actividades que no están dirigidas a la atención del paciente, la falta de información, o la misma sobrecarga de trabajo, la enfermera tradicional es práctica y en muchas de las ocasiones no se detiene a pensar o evaluar el resultado de sus acciones.

ESTA TESIS FUE
DE LA BIBLIOTECA

Los recursos materiales representan también una desventaja para la realización del proceso, ya que en ocasiones no se contaba con sábanas y batas para realizar el cambio de ropa del paciente que repercutía en su estado de ánimo, medicamentos insuficientes o falta de surtido por parte de farmacia y la falta de comunicación entre el personal de enfermería de los diferentes turnos, repercutía en la atención del paciente, pero mi propósito era restablecer la salud de la paciente identificando sus necesidades y satisfaciéndolas y así con el apoyo de la misma paciente, y compañeras del turno se logró por lo menos que la paciente no tuviera más complicaciones pues se previnieron en un cien por ciento.

También los recursos humanos fueron un factor importante para el logro del proceso, pues en muchas ocasiones no se contaba con el personal suficiente para cubrir los diferentes servicios y se incrementaba la carga de trabajo por lo tanto disminuía el tiempo dedicado a cada paciente y no se podía cumplir con los objetivos propuestos.

Sugerencias:

- Difundir entre el personal de enfermería la importancia del Proceso.
- Proporcionar al paciente siempre atención de calidad y calidez.
- Que el Proceso de Enfermería sea documentado por todo el personal de enfermería que esta en contacto con el paciente.
- Que se realice un plan de atención para cada paciente y sirva de comunicación entre el personal de los demás turnos.
- Procurar el surtido de equipo y material para la atención del paciente.
- Que se unifiquen criterios en las escuelas de enfermería de cómo llevar a cabo Un proceso de Atención Enfermería

V GLOSARIO.

Absceso: Colección de material purulento.

Absceso Hepático: Complicación secundaria a una infección localizada en cualquier parte del organismo.

Acidosis: Trastorno respiratorio o metabólico que se tiene que corregir inmediatamente.

Amilasa: Enzima hidrolítico que se encuentra en las secreciones salival y pancreática y en la malta, y que se transforma el almidón en maltosa.

Ansiedad: Estado en el que el individuo experimenta una sensación vaga de inquietud cuyo origen suele ser inespecífico o desconocido por el sujeto.

Angustia: Sensación de congoja ante situaciones difíciles arriesgadas o inseguras.

Auscultación: Aplicar el oído a ciertos puntos del cuerpo humano para explorar los sonidos y ruidos en las cavidades del pecho o del vientre.

Cálculos biliares: Colé litiasis, (que se encuentra dentro de los conductos biliares)

CEPRE: colangiografía retrograda endoscópica.

Cirrosis Alcohólica: Enfermedad crónica del hígado caracterizada por la destrucción del tejido normal y la sustancia de este por tejido conectivo (cicatricial) que lo divide en nódulos.

CO₂ : Gas carbónico que constituye un desecho del metabolismo expulsado por la espiración.

Colédoco: Conducto biliar formado por la reunión de los conductos hepático y cístico, que vierte la bilis en el duodeno.

Colecistitis: Inflamación de la vesícula biliar.

Decúbito: Posición anatómica, acostado horizontalmente.

Derrame pleural: Acumulación de líquido en la cavidad pleural (entre la pleura visceral y la pleura parietal).

Diafragma: Tabique músculo membranoso que separa la cavidad torácica de la abdominal.

Dolor: Estado en el que el individuo experimenta y manifiesta un malestar severo o una sensación desagradable que le causa sufrimiento.

Diagnóstico de enfermería: Juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia y comunidad, problemas de salud procesos vitales reales o potenciales.

Electrolito: Cuerpo disociado en anión o en catión, por ejemplo: NA^+ , CL^- , etc.

Empatía: Facultad de identificarse con alguien, de compartir con alguien lo que siente.

Epigástrico: Que se encuentra localizado en la parte superior del abdomen.

Etiología: Causa de la enfermedad.

Estrés: Situación de agotamiento físico general de un individuo, producida por un estado nervioso.

Equilibrio ácido base: Relación entre los ácidos y los alcalinos en los líquidos.

Fatiga: Estado en el que el individuo experimenta una sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para desarrollar trabajo físico o intelectual.

Fundamentación: Razón o motivo con que se pretende afianzar y asegurar una cosa.

Gasometría: Estudio de sangre arterial practicado para determinar la capacidad de los pulmones para transferir oxígeno y bióxido de carbono, también permite conocer la función de los riñones en la secreción y absorción de los iones bicarbonato cuya función es mantener el equilibrio ácido base.

Hidroelectrolítico: Equilibrio ingesta y eliminación adecuada de líquidos.

Hipercalcemia: Aumento en la ingesta de potasio solamente en pacientes renales.

Hiperglucemia: Aumento de la concentración de azúcar en la sangre.

Hipertermia: Elevación de la temperatura del cuerpo.

Hipoalbuminemia: Nivel de albúmina disminuido.

Hipoglucemia: Disminución de concentración de azúcar en sangre.

: Disminución en la saturación de oxígeno.

Hipoxemia Holístico: Que concierne a todas las dimensiones del hombre y su entorno.

Ictericia: Coloración amarillenta de la piel y mucosas.

Idiopático: Sin causa aparente.

Inspección: Examen visual al individuo.

Lipasa: encima que desdobla las grasas en ácidos grasos y glicerina, se encuentra en el páncreas, el hígado y la pared intestinal.

Metabolismo: Conjunto de reacciones físico químicas que se llevan a cabo en un organismo.

Neumonía: Inflamación del parénquima pulmonar debido a una infección por diversos microorganismos.

Oliguria: Secreción insuficiente de orina.

Oxigenoterapia: Recurso terapéutico de suma utilidad en múltiples situaciones patológicas que cursan con hipoxemia.

Palpación: Método exploratorio que se practica aplicando los dedos o la mano sobre las partes externas del cuerpo o las cavidades accesibles.

Pancreatectomía: Resección del páncreas por medio de cirugía.

Percusión: Método de exploración de las cavidades torácico abdominal (se realiza golpeando suavemente)

Peristalsis: Movimiento de contracción propio de los conductos previstos de fibras circulares y longitudinales.

P + E + S: Problema + etiología + signos y síntomas. Formato que sirve para realizar diagnósticos de enfermería.

Postración: Enflaquecer, debilitar, quitar el vigor y las fuerzas.

Síntoma: Fenómeno que aparece como consecuencia de una alteración funcional u orgánica en cualquier parte del organismo.

Taxonomía: Ciencia biológica que estudia la clasificación de los seres vivos según sus afinidades morfológicas, fisiológicas, genéticas y filogenéticas. Agrupa a los organismos en distintos taxones, entre los cuales destacan en orden decreciente

de similitud: variedad, raza, subespecie, especie, género familia, orden, clase, tipo o división y reino.

Tegumentos: Tejidos que recubren el cuerpo.

Tono: Energía, fuerza y dinamismo.

Toxicomanía: Hábito creado por la absorción de drogas o alcohol.

Úlcera: Solución de continuidad de una superficie cutánea o mucosa, con pérdida de sustancia y proliferación de tejido conjuntivo. Se origina por una causa local (traumatismos, calor frío, infecciones, lesiones nerviosas, Etc.) y algunas de ellas asociadas a una causa general (diabetes, Estado general deficiente.)

Úlcera de decúbito: Es el resultado de la descomposición cutánea y consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa y músculo.

VI BIBLIOGRAFÍA.

ALFARO, Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería." Edit. Doyma, Barcelona, España, 1989 Págs. 350-400.

CANALES, H. Francisca. "Metodología de la Investigación". Manual para el desarrollo del personal de Salud, OPS/OMS. UTEHA. Noriega Editores México, 1997. Págs.198 –215.

CARPENITO, Linda, " Diagnóstico de Enfermería". 2^{da} edición. Editorial Interamericana, México, D. F. 1998 Págs 465- 472.

ENCICLOPEDIA, de la Enfermería, Vol. I " Fundamentos y técnicas" OCÉANO/CEMTRUM. P. 1-76.

ENCICLOPEDIA, de la Enfermería, Vol. 2 y 3 "Medico Quirúrgica I y II". Oceano Centrum. P. 385- 499.

ENCICLOPEDIA, de la Enfermería, Vol. 6 " Farmacología". Océano/Cemprum. P. 961-1023.

FERNÁNDEZ, Ferrin Carmen, "El Proceso de Atención de Enfermería". Estudio de Casos. Ediciones Científicas y Técnicas, Edit. Masson/Salvat. México, 1993.

GOODMAN, Gilman Alfred, "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Novena edición, Vol. I y II, Mc Graw-Hill Interamericana, México 1996.

HARRISON, "Principios de Medicina Interna". 14^a edición, Mc Graw-Hill Interamericana 1998.

IYER, P.W. B.J. Taptich, D. Bernocchi-Losey. "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" 3ª ed. Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana, Barcelona 1995 P. 157-159.

IYER, W Patricia. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería". 2ª edición. Editorial Mc graw-Hill Interamericana. México D.F 1989. P. 325- 340.

JAMES. M. Rippe. "Manual de cuidados Intensivos". 2ª edición, Editorial Salvat. México 1997. P. 377-381.

KOZIER, Bárbara, "Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y prácticas". 2ª edición. Editorial Interamericana, México 1989. P. 1182- 1200.

MARRINER, Tomey Ann, "El proceso de Atención de Enfermería con un enfoque científico". Traducción de la segunda edición. Dr. Alfonso Téllez Vallejo, Editorial, Manual Moderno, México, D. F 1990.

MARRINER, Tomey Ann. "Modelos y Teorías de Enfermería". Edit. Barcelona, España, 1989

SECRETARIA, de Educación, Salud y Desarrollo Social, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal. "Manual de Técnicas Generales de Enfermería". Unidad Departamental de Normatividad Sectorial. Diciembre, 1997

UNAM-ENEO-SUA, "Proceso de Enfermería." Antología, por Hernández Ramírez Luz María. 1997 P. 51-174.

UNAM-ENEO-SUA. "Teorías y modelos de Enfermería". Antología, Por Rubio Domínguez Severino. 1999 P. 12-15